Regionshuset
Viborg
Sundhedsplanlægning

Skottenborg 26
DK-8800 Viborg
Tel. +45 7841 0000

www.regionmidtjylland.dk

Afrapportering
vedrørende status for det præhospitale område
April 2012

Dato 30.03.2012
Frede Dueholm Nørgaard
Tel. +45 7841 2049
frenoe@rm.dk
j.nr. 1-30-72-133-10

Disposition

midt
regionmidtjylland

1. Indledning – baggrunden for evalueringen og den politiske proces frem til april 2012

I 2008 blev ambulanceberedskabet i Region Midtjylland sendt i udbud. Med de nye kontrakter fra 1. december 2009 er der tale om omfattende ændringer i fundamentet for den præhospitale indsats, hvorfor det blev politisk besluttet, at der skulle foretages en evaluering af det samlede præhospitale område.

Formålet med evalueringen var:

- at gennemgå og vurdere status på det præhospitale område og på baggrund heraf at skabe grundlag for fremadrettet at planlægge og prioritere ressourceanvendelse inden for det præhospitale område,
- at perspektivere status for det præhospitale område (herunder på udvalgte områder) i forhold til målsætninger, igangværende udvikling og ændrede vilkår på området, og
- på baggrund heraf at fremsætte anbefalinger for den videre udvikling af det præhospitale område.

Evalueringen blev drøftet på Regionsrådets møde den 23. februar 2011. Regionsrådet besluttede, at der skulle foretages en tematiseret drøftelse af evalueringen i Det rådgivende udvalg vedrørende hospitaler. Udvalget vedtog på mødet den 9. maj 2011 en plan for gennemgangen af evalueringen. Udvalget har således i den forgangne periode drøftet perspektiveringer, der udspringer af evalueringsrapporten.

Udvalget og Regionsrådet har endvidere behandlet en række særskilte problemstillinger på det præhospitale område, herunder Karup Udrykningsbilen samt løbende fulgt udviklingen i responstider gennem kvartalsvise rapporter. Regionsrådet har derudover i Budgetforliget vedtaget udvidelse af akutlægebilsdækningen i Horsens og Randers.

Nærværende rapport indeholder således en status for den aktuelle indsats samt forslag til anbefalinger for den fremtidige indsats.

2. Den aktuelle præhospitale indsats i Region Midtjylland

Præhospitalet har ansvaret for patienten fra denne henvender sig via 112 og indtil patienten er ankommet til og modtaget på hospitalet – eller færdigbehandlet uden at komme på hospital.

Den første sundhedsperson, som borgeren får kontakt med, er den sundhedsfaglige visitator på AMK-vagtcentralen, som giver hjælp og råd, om nødvendigt indtil ambulancen er fremme. Fundamentet i den præhospitale behandling af patienten på stedet er ambulanceberedskabet suppleret med akutlægebiler, akutbiler og akutlægehelikopter. I særlige områder er der desuden øvrige supplerende ordninger. Det drejer sig om 112-førstehjælperkorps, de særlige Ø-beredskaber samt lokale ordninger fra amternes tid (hjemmesygeplejerskeordninger, udrykningsbil, udrykningslæger, forsøgsordning med hjertestarter m.m.).

Budgettet for det præhospitale område i 2012 udgør 706 mio. kr.

I Bilag 2 vises på et kort en oversigt over den samlede præhospitale dækning i Region Midtjylland primo 2012.

Den aktuelle indsats er følgende:

1. Ambulanceberedskabet:
   64 ambulanceberedskaber, heraf 48 døgnbemandede, 15 dagberedskaber, 1 babyambulance. Der er 29 beredskaber til liggende sygetransport. 24 hverdagsberedskaber og 5 weekend- og helligdagsberedskaber. Der er 36 ambulancestationer.

   Der henvises til Bilag 3 og Bilag 4, hvor ambulanceberedskabernes baser er vist på kort.

2. Servicemål/Responstider:
   De vedtagne servicemål for responstider ved de mest hastende ambulancekørsler er 10, 15 og 20 minutter og overholdes.
   Udviklingen fra 2010 til 2011 viser forbedringer af responstiderne. Dette skyldes bl.a. at der med den sundhedsfaglige visitation er kommet færre A-opgaver – og dermed er der flere ambulanceberedskaber klar til de mest hastende opgaver. Der er opnået en række ”udjævninger”, således at responstiderne er blevet kortere i visse områder, mens responstider er blevet lidt længere i visse større byer. Ved godt 93 % af A-kørslerne i 2011 var ambulance fremme inden for 15 minutter.

3. Sundhedsfaglig rådgivning:
   Fra maj 2011 er der indført sundhedsfaglig visitation og rådgivning. AMK-vagtcentralernes sundhedsfaglige personale (sygeplejersker, ambulancebehandlere og superviserende AMKlæge) visiterer nu 112 opkald. Alle alarmopkald om alvorlig sygdom og ulykke bliver således direkte tilkoblet en sygeplejerske eller en ambulanceredder og borgeren får på den måde sundhedsvæsnet direkte i røret og kan få råd og hjælp. I de alvorligste tilfælde hvor det er nødvendigt at sende en ambulance, får borgerne vejledning i, hvad de kan gøre indtil ambulancen er fremme.

   Disponeringen håndteres bl.a. ved hjælp af beslutningsstøtteværktøjet Dansk Indeks for Akuthjælp. I Dansk Indeks for Akuthjælp er der faglige anbefalinger for, hvilken respons der skal sendes: ambulance, akutlægebil, akutbil med paramediciner/sygeplejerske. Det konkrete respons kan variere

afhængig af de præhospitale resurser i de enkelte regioner, der fastlægger det præhospitale serviceniveau.

4. Brugertilfredshed med ambulancetjenesten:
Folkesundhed og Kvalitetsudvikling har gennemført en brugerundersøgelse i december 2011. Undersøgelsen er en pilotundersøgelse til den undersøgelse, som skal indgå i akkrediteringen af det præhospitale system i Region Midtjylland. Den endelige undersøgelse gennemføres i marts-maj 2012, og resultatet ventes at foreligge analyseret i efteråret 2012.

Undersøgelsen omhandler patienternes vurdering af alarmcentralen, ambulancepersonalet, ambulancen og overlevering til hospitalet. Pilotundersøgelsens overordnede resultat er, at der er stor tilfredshed med den præhospitale indsats.

93 procent af patienterne svarer, at deres samlede indtryk af ambulancetransporten og – personalet er enestående eller meget godt. Patienterne vurderer, at ambulancepersonalet er det, der har størst betydning for deres samlede indtryk, Det kan fremhæves, at 91 procent i høj grad er tilfredse med ambulancepersonalets håndtering af situationen, og 89 procent i høj grad mener, at ambulancepersonalet viser omsorg overfor patienten. I de åbne kommentarfelter kommenterer mange svarpersoner netop på, at behandlingen er kompetent og omsorgsfuld.

5. Tele- og videokommunikationsprojekt:
I områder med langt til nærmeste akutmodtagelse kan det være relevant at styrke fasen af et patientforløb, efter ambulancen er nået frem, og indtil ambulancen og lægebilen mødes (rendez-vous modellen), eller indtil ambulancen når frem til akutmodtagelsen. Denne styrkelse kan bl.a. ske ved udvidet brug af tele- og videokommunikation mellem ambulance og henholdsvis akutmodtagelse, sundhedsfaglig visitator og akutlægebil. Herved gives de modtagende enheder vigtige præhospitale informationer, således at relevant behandling og optimal modtagelse og visitation af patienten opnås. Gevinsten ved et sådant system vil være størst i områder med relativt lang afstand til nærmeste akutmodtagelse.

Projekt udføres i et samarbejde mellem Regionshospitalet Horsens akutafdeling, Præhospitalets AMK-vagtcentral, akutlægebil samt ambulancetjenesten (Responce A/S). Projektet er delvist finansieret af statslige puljemidler i projektperioden, der løber til primo 2014.

6. Supplerende ordninger/akutlægebiler:
9 akutlægebiler:
Lemvig
Holstebro
Herning
Viborg
Silkeborg
Randers
Grenaa
Aarhus
Horsens

I starten af 2. kvartal 2012 udvides akutlægebilerne i Horsens og Randers til at være døgndækkende jf. Regionsrådets budgetforlig for 2012.

Akutlægebilerne er bemandet med en anæstesilæge og en lægeassistent med undtagelse af akutlægebilerne i Herning og Holstebro, hvor lægen selv fører bilen.

7. Supplerende ordninger/akutbiler:
   5 akutbiler:
   Holstebro
   Herning
   Ringkøbing
   Tarm
   Skive

   De fire førstnævnte er døgndækkende bemandet med anæstesisygeplejersker og ambulancebehandler. Skive-bilen er i dagtid på hverdage bemandet med anæstesisygeplejerske og paramediciner, mens den i den resterende tid er bemandet med paramediciner.

8. Akutlægehelikopter:
   Forsøgsordningen med akutlægehelikopter i Region Midtjylland og Region Nordjylland har været i gang siden d. 1. juni 2011 for en 13 måneders periode. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse er ansøgt om en forlængelse af ordningen for yderligere et år, således at den samlede forsøgsordning udløber pr. 1. juni 2013.

   Opgørelse over den geografiske fordeling af aktiviteten viser, at akutlægehelikopteren, som det var målsætningen, har bidraget til en styrkelse af det præhospitale beredskab herunder i Nordvestjylland. Se Bilag 1.

9. Øvrige supplerende ordninger:

   a) I 2011 er der oprettet 8 112-førstehjælperkorps i den nordvestlige del af regionen i tæt samarbejde med de stedlige kommuner. Korpsene er finansieret af statslige puljemidler indtil udgangen af 2013.

      I hvert korps er der normalt 8-10 frivillige fra lokalområdet. Alle 112-førstehjælperne gennemgår et førstehjælpskursus inklusiv uddannelse i brug af hjertestarter. Den enkelte deltager står i princippet til rådighed døgnet rundt for sms-kald, men forventes kun at rykke ud, når det er muligt.

      Korpsene er oprettet med base i Hvidbjerg, Jegindø, Uglev, Thyborøn, Harboøre, Nees, Staby og Thorsminde.

   b) Hjemmesygeplejerskeordninger mellem Region og Kommuner.
      Omkring:
      Thyborøn/Harboøre
      Ulfborg
      Ikast

      Hjemmesygeplejerskeordningerne består af kommunalt ansatte hjemmesygeplejersker, der kan disponeres fra AMK-vagtcentralen til syge og tilskadekomne borgere. Efter indførelsen af sundhedsfaglig visitation af alle 112-opkald disponeres hjemmesygeplejerskerne til A-opgaver i de situationer, hvor der er lang kørevej for nærmeste ordinære præhospitale beredskab og hvor hjemmesygeplejersken

forventes at kunne være først fremme hos patienten. Dette sker af hensyn til borgernes tryghed i livstruende situationer.

c) Karup Udrykningsbilen
Karup-udrykningsbilen, der startede i 2005 som et samarbejde mellem den daværende Karup Kommune og det daværende Viborg Amt samt Forsvarets Sundhedstjeneste, er en udrykningsbil, der har base på Flyvestation Karup og som i dagtiden på hverdage bemandes af læger Infirmeriet. Udenfor dagtiden, i weekender, på helligdage samt i lukkeperioder på Flyvestationen bemandes bilen med to nødbehandlere, der er personer med forskellig baggrund, som har gennemgået et udvidet 40-timers førstehjælpskursus.

Regionsrådet har den 21. marts 2012 besluttet, at ordningen nedlægges, og at der søges etableret en frivillig døgndækkende 112-førstehjælperordning. Ordningen uden for dagtid er nedlagt pr. 21. marts 2012, og Forsvarets deltagelse i ordningen i dagtid ophører pr. 1. juni 2012.

d) Udrykningslæger
Ordninger med udrykningslæger omfatter aftaler om praktiserende lægers udrykning til patienter efter konkret disponering fra AMK-vagtcentralen.

Der er p.t. aftale med udrykningslæge der vedrører postnummer 8420 (Knebel/Mols/Helgenæs). Lægen rykker ud i gennemsnit ca. 8-9 gange pr. måned.

Her ud over indgår 2 udrykningslæger i Ø-beredskabet på Samsø.

I Thyborøn er der mulighed for at kontakte praktiserende læge i dagtiden på hverdage.

e) Forsøgsordning i Aarhus
Aftale med Aarhus Brandvæsen, Aarhus kommune om forsøg med brandfolks førstehjælp og anvendelse af hjertestartere i Aarhus (førstehjælpsordning). Området er Aarhus midtby. Aftalens indhold vedrører, at brandfolk kan være førstehælpsenhed på skadestedet ved mistanke om hjertestop. Forsøgsperioden er udløbet. Aarhus Kommune har tilkendegivet ønske om, at regionen overtager en væsentlig del af driftsudgiften.

10. Ø-beredskaber (i øvrigt)
I Region Midtjylland ligger flere øer, hvor den præhospitale indsats ikke umiddelbart kan baseres på de ordninger, som er gældende på fastlandet. Det gælder Samsø, Tunø, Anholt, Endelave, Fur, Venø og Hjarnø.

Der er således etableret en række specifikke Ø-beredskaber der er tilpasset de lokale muligheder på relevante øer i regionen.

Alle steder kan der opstå situationer, hvor den lokale indsats ikke er tilstrækkelig. Her er det muligt at transportere patienten til fastlandet ved hjælp af enten båd eller Forsvarets redningshelikoptere. Ved alvorlige ulykker og akut sygdom indgår akutlægehelikopteren i betjeningen af

øerne. I henhold til tilsagn om statslige puljemidler tilbydes der i 2012 og 2013 mulighed for øerne om oprettelse af frivillige 112-førstehjælperkorps.

Specifikt vedrørende Tunø arbejder Odder Kommune og Region Midtjylland i øjeblikket på at undersøge mulighederne for at reetablere ordning med sygeplejerske på øen, der også kan varetage den præhospitale førsteindsats m.m.

3. De enkelte indsatsområder og anbefalinger

Den præhospitale indsats er indsatsen uden for hospitalet over for akut syge, tilskadekomne og fødende, og indsatsen har til formål at redde liv, forbedre helbredsudsigter, formindske smerter og andre symptomer, afkorte det samlede sygdomsforløb, yde omsorg og skabe tryghed.

Den præhospitale indsats omfatter alle de aktiviteter, der i den præhospitale fase iværksættes ved akut sygdom eller ulykkestilfælde. Det være sig alarmering af akutbetjeningen, første hjælp, kommunikation mellem alarmcentral og vagtcentral, ambulancekørsel til skadested, behandling på skadested, transport til behandlingssted, behandling/overvågning under transporten samt overlevering til hospitalet.

Fundamentet i den præhospitale indsats er ambulanceberedskabet. Det suppleres med akutlægebiler, akutbiler og akutlægehelikopter. Her ud over eksisterer der en række øvrige supplerende præhospitale ordninger, der har det til fælles, at de er etableret og fungerer i områder, hvor responstiden kan være lang for de tidligere nævnte indsatsmuligheder, og hvor ordningerne kan være et supplement i førsteindsatsen.

3.1 Førsteindsatsen

Det er enhvers pligt at hjælpe efter bedste evne og træffe de foranstaltninger, der kræves for at redde nogen i øjensynlig livsfare m.v. , hvis det kan ske uden særlig fare for personen selv eller andre. Undladelse heraf kan i værste fald være strafbart.

Den første indsats i forhold til den tilskadekomne ydes typisk af de nærmeste tilstedeværende. Indsatsen består i at få tilkaldt den rette hjælp og eventuelt påbegynde behandling af patienten ved at yde første hjælp.

Det kan i mange tilfælde være af afgørende betydning for den tilskadekomnes helbredsudsigter, at de tilstedeværende (lægmand) kan yde førstehjælp.

Førstehjælp ved lægmand består overordnet af fire hovedpunkter:

- Overblik over ulykkens/sygdommens type og omfang
- Tilkald af hjælp
- Overblik over mulighederne for at hjælpe
- Iværksættelse af første hjælp

3.1.1 Hjertestartere

Hvert år rammes ca. 3.500 personer af hjertestop, mens de opholder sig uden for sygehus. Kun ca. 100 af disse personer overlever. Chancen for at overleve et hjertestop stiger, hvis der hurtigt ydes livreddende førstehjælp eventuelt med anvendelse af hjertestarter.

Der er evidens for, at kendskabet til brugen af hjertestartere, øger villigheden til at bruge hjertestartere, og giver en mere positiv holdning overfor hjerte-lungeredning. Sundhedsstyrelsen vurderer, at hjertestartere udgør et godt supplement til den samlede behandlingsindsats over for præhospitals hjertestop. Der er god videnskabelig evidens for effekt af førstehjælp ved hjertestop med hjertelungeredning og anvendelse af hjertestarter. På Sundhedsstyrelsen og Trygfondens konference om hjertestarter 4.11. 2011 blev der fremlagt tal for overlevelse efter hjertestop udenfor hospital (gælder hele landet):
I 2001 blev der kun givet førstehjælp i 20 % af tilfældene før ambulancen kom og 30-dages overlevelsen var 4 %. I 2010 gav flere lægfolk førstehjælp, nu i 44 % af tilfældene før ambulancen kom og 30-dages overlevelsen var nu steget til

10 %. Der var en klar sammenhæng mellem den øgede overlevelse og at flere nu giver førstehjælp på stedet.

Hjertestartere fås i flere forskellige udgaver og kvaliteter m.v. – herunder med servicepakker fra producenterne, der dækker løbende udgifter. Der er angiveligt ca. 15 leverandører/producenter på det danske marked p.t. Hjertestartere kan eksempelvis købes i en større dansk supermarkedskæde. Køberen kan vælge at tilmelde sin hjertestarter til Trygfondens "hjertestarter-netværk" på internettet.

Ud fra salgstallene fra flere producenter af hjertestartere vurderes der at være ca. 15.000 hjertestartere i Danmark.

Imidlertid er der ikke nogen national sammenhængende strategi på området. Et umiddelbart spørgsmål vedrører således ansvarsforholdene. Der er således et uklart ansvarsforhold vedrørende kvalitet og vedligehold samt udgifter ved uddannelse i brug og ved anvendelse af hjertestarter.

Der er principielle problemstillinger, som der er behov for bliver belyst, således bl.a.:

- Ansvarsforholdene – hvilke hjertestartere har regionen ansvaret for. Herunder for standard, vedligehold, driftsudgifter etc.
- Opstår der et ansvarsforhold, når AMK-vagtcentralen henviser indringer el a. til en privat hjertestarter (der evt. ikke fungerer osv.).
- Skal regionen betale for reetableringsudgifter på hjertestarteren, når AMK-vagtcentralen har henvist til brug.

Danske Regioner har på foranledning af Region Midtjylland iværksat en nærmere belysning af sådanne forhold med henblik på fælles regionale retningslinier. Resultatet heraf foreligger endnu ikke.

Anbefalinger vedrørende hjertestartere:

- *Det anbefales, at Det rådgivende udvalg vedrørende hospitalsområdet drøfter retningslinierne i vedrørende henvisning til anvendelse af privat hjertestarter, når forslaget fra Danske Regioner foreligger.*

3.2 Alarmering

3.2.1 Alarmcentral

Det er politiets alarmcentral, der i første omgang modtager 112-opkald. Så snart der er tale om sygdom eller tilskadekomst, kobles en sundhedsfaglig medarbejder fra Region Midtjyllands AMK-vagtcentral på samtalen med henblik på vurdering og visitering. Efter stadfæstelse af adressen overlades opgaven fuldt til Region Midtjylland.

3.2.2 AMK-vagtcentralen

Der er i Region Midtjylland etableret en AMK-vagtcentral (Akut Medicinsk Koordination) den 1. december 2009 samtidig med, at nye ambulancekontrakter trådte i kraft. AMK-vagtcentralen vurderer og visiterer alle opkald fra 112, hospitaler, praktiserende læger, vagtlæger og kommuner. På den baggrund besluttes det hvilken præhospital hjælp, borgerne skal have, og der afsendes ambulancer, både akutte og planlagte, liggende befordring, akutbiler, akutlægebiler, helikopter, 112-førstehjælpete og andre udrykningsordninger. Herudover kan borgere henvises til anden hjælp ved praktiserende læger eller vagtlæger, hvis det er behovet, og de kan endelig tilbydes en siddende befordring, hvis det er rette tilbud til borgeren.

Formålet er at sikre patienterne den rette behandling i rette tid og give borgerne nødvendig sundhedsfaglig rådgivning.

Oversigt A: AMK-vagtcentralen i Region Midtjylland

Opgaver/kompetence	Visitere og disponere den rette præhospitale hjælp til den enkelte patient, herunder afsendelse af ambulancer, både akutte og planlagte, liggende befordring samt akutbiler, akutlægebiler, lægehelikopter, 112-førstehjælpere og andre udrykningsordninger. Har samlet overblik over de præhospitale ressourcer.
Sammenhæng med beredskabs-AMK	Fusion mellem beredskabs-AMK og AMK-vagtcentralen. Region Midtjylland hjemtog vagtcentralfunktionen og kombinerede den med beredskabs-AMK ved oprettelsen af AMK-vagtcentralen. AMK-vagtcentralen er bemandet med sundhedsfagligt personale og læge i dagtiden samt læger i beredskabsvagt, som er bagvagt for AMK-VC og desuden kaldes ind ved aktivering af Beredskabs-AMK. Beredskabs-AMK er således fuldt integreret med vagtcentralen.
Dækning (befolkningsgrundlag)	1,25 millioner.
Etablering og placering	Etableret 1. december 2009, placeret i lejede lokaler i Århus.

AMK-vagtcentralen er en fusion mellem det hidtidige beredskabs-AMK og AMK-vagtcentralen. AMK-vagtcentralen er bemandet med sundhedsfaglige kompetencer (sygeplejersker/paramedicinere/læger), så man kan visitere patienter til de præhospitale ressourcer efter vurdering af hastegrad. AMK er fuldt integreret med vagtcentralen. AMK-lægen er bagvagt.

Den fuldt udbyggede AMK-vagtcentral trådte i fuld funktion fra 2. maj 2011, hvor der blev etableret direkte indkobling på 112-samtalerne via konferencetelefon. Borgere, der ringer 112, og som har brug for sundhedsvæsenets hjælp, får direkte kontakt med sundhedsfagligt personale, der vurderer opkaldets hastegrad, tildeler præhospital indsats og giver sundhedsfaglig rådgivning. I 2011 modtog ca. 9.000 borgere desuden, på grundlag af visitation, anden hjælp end ambulance/liggende befordring, eksempelvis hurtig adgang til egen læge eller vagtlæge.

I perioden 1. januar – 31. december 2011 er 156.143 patienter blevet betjent på AMK-vagtcentralen og har fået præhospital hjælp i form af ambulance, liggende befordring, sundhedsfaglig rådgivning eller andet. 115.539 kørsler er gennemført i ambulancer og 31.922 kørsler er gennemført i biler indrettet til liggende befordring. Endelig har det været muligt gennem sundhedsfaglig vurdering at tilbyde 8.682 borgere primært fra 1-1-2 anden hjælp (E). Det vil sige, det har ikke været nødvendigt at anvende en ambulance.

Samarbejde på tværs af regionsgrænser:
Region Midtjylland samarbejder med Region Nordjylland og Region Syddanmark om dækning af grænseområderne. De præhospitale enheder anvendes fleksibelt på tværs af regionsgrænserne efter fastsatte aftaler.

3.2.3 Baggrund for hjemtagelse af AMK-vagtcentralen

I forbindelse med det første ambulanceudbud i Region Midtjylland blev der taget stilling til, hvorledes driften af vagtcentralfunktionen i Region Midtjylland skulle organiseres.

Regionsrådet besluttede på sit møde den 28. marts 2007 at adskille kørselsfunktionen (ambulancekørselsopgaven) og vagtcentralfunktionen, blandt andet for at muliggøre konkurrence vedrørende ambulancekørslen. På sit møde den 12. december 2007 besluttede Regionsrådet endvidere, at Region Midtjylland fremadrettet selv skulle drive vagtcentralfunktionen.

Siden 1. december 2009, med de nye ambulancekontrakters start, har Region Midtjylland selv drevet AMK-vagtcentralen.

3.2.4 Erfaringer med AMK-vagtcentralen efter hjemtagelsen

Motivationen for at hjemtage vagtcentralfunktionen var bl.a., at en konsulentrapport havde vist, at det ville være en væsentlig barriere for konkurrence på området, hvis der var risiko for, at én leverandørs ambulancer skulle disponeres af en konkurrents vagtcentral.

Regionens hjemtagelse har således sikret alle leverandører en fair disponering. Hvis én leverandør driver AMK-vagtcentralen, eller regionen har ansat personale fra én leverandør, vil det skabe usikkerhed omkring, om denne leverandør vil udnytte andre leverandørers beredskaber til fordel for sine egne.

Region Midtjylland var den eneste region i Danmark, der i forbindelse med udbuddet af ambulancetjenesten, fik et nyt selskab ind som leverandør, og det vurderes som udslagsgivende, at regionen valgte selv at drive AMK-vagtcentralen. Efter Administrationens vurdering har Region Midtjyllands hjemtagelse af vagtcentralfunktionen således haft stor betydning for, at Responce A/S, som driver ambulancetjeneste for regionen i Horsens-området, ønskede at byde på opgaven.

Ud over konkurrenceelementet har hjemtagelsen af AMK-vagtcentralen på en række punkter bidraget positivt til den præhospitale drift til gavn for borgerne:

- Med hjemtagelsen af driften af vagtcentralen har Region Midtjylland fået direkte styring af ressourceanvendelsen på det præhospitale område. Der er således ikke længere en ekstern part, som kontrollerer de præhospitale enheder. Dvs. den daglige drift optimeres alene med udgangspunkt i de mål, Region Midtjylland skal opnå og ikke med udgangspunkt i den flerhed af opgaver, som den eksterne leverandør tidligere skulle løse – dels for egen forretning og dels for regionen.

- Der er således fuld kontrol over planlægningen og disponeringen af ambulancer, akutbiler, helikopter med mere. AMK-vagtcentralen har hermed givet mulighed for at optimere brugen af de tilgængelige ressourcer direkte efter regionens, herunder hospitalernes, ønsker. AMK-vagtcentralen er med andre ord en integreret del af hospitalsvæsenet i Region Midtjylland. Integrationen giver sig bl.a. udslag i, at Beredskabs-AMK i forbindelse med hjemtagelsen af vagtcentralfunktionen blev lagt sammen med denne, og idet der blev ansat sundhedsfagligt personale til visiteringen til de præhospitale ressourcer.

- Vagtcentralen blev ved hjemtagelsen en integreret enhed i en samlet organisation på akutområdet. Det er blevet nemmere at forestå den overordnede og tværgående planlægning og koordination på området, eksempelvis mellem AMK-vagtcentralen og lægevagten.

- Region Midtjylland har en forpligtigelse til at visitere og hastegradsvurdere opkald, der viderestilles fra politiets 112-alarmcentral. Samtidig rådgives og vejledes indringerne om førstehjælp af de sundhedsfaglige visitatorer, der modtager opkaldene. Såfremt Region Midtjylland skulle vælge ikke selv at drive AMK-vagtcentralen, vil regionen stadig skulle ansætte og lede sundhedsfagligt personale til at varetage rådgivnings-, visitations- og hastegradsvurderingsopgaverne. Hjemtagelsen har bidraget til, at tilknytningen af det sundhedsfaglige personale, der visiterer telefonopkald og rådgiver borgerne, er forløbet godt, herunder i et godt samarbejde med regionens hospitaler.

- AMK-vagtcentralen giver direkte adgang til alle data om driften. Det giver mulighed for detaljerede driftsanalyser, forskningsbaserede undersøgelser samt mulighed for hurtig indsigt i enkeltsager.

- Ved at have eget mandskab ansat er det muligt at sætte mandskabet til at udføre kvalitetssikringsopgaver og registreringer, alt efter driftens behov. De tekniske disponenter i Region Midtjyllands AMK-vagtcentral udfører desuden, som de eneste tekniske disponenter i landet, en backup-funktion for modtagelse af 112-opkald. Det sikrer en bedre og mere stabil betjening af de borgere, der får brug for at ringe 112. I andre regioner, hvor en privat leverandør stiller med de tekniske disponenter, er dette ikke muligt. Det har fra Rigspolitiets side været forudsat, at regionerne ville kunne besvare alle 112-opkald uden forsinkelse. Ud fra en stikprøve, som Rigspolitiet tog på basis af 14 dages drift i august 2011, ligger Region Midtjylland med en højere svarprocent for 112-opkald end de øvrige regioner. Mens Region Midtjyllands svarprocent var 95,62, lå Region Syddanmark eksempelvis på 87,70.

- Eget mandskab i vagtcentralfunktionen gør det endvidere enklere at sikre styringen af de variable aktivitetsafhængige udgifter for området, eksempelvis overtidsbetaling til ambulanceberedskaber. Dvs. her er ikke en sammenhæng mellem personale, der skal optimere driften og forsøge at undgå unødvendige ekstra udgifter ved overtid og lignende, og personale, der er kolleger til mandskabet, der skal udføre kørselsopgaverne. Der er altså ikke sammenfald mellem dem, der har til opgave at undgå unødvendig overtid, og det firma, der modtager betalingen for overtiden.

- AMK-vagtcentralen vil i fremtiden via de nye muligheder inden for bl.a. telemedicin kunne give et detaljeret overblik over regionens præhospitale patienter og ressourcer. Dette vil kunne give grundlag for en endnu bedre styring af de præhospitale ressourcer og bidrage til i endnu højere grad at sikre regionens borgere den rette præhospitale behandling i rette tid.

- Den store mængde af information og viden, der med hjemtagelsen af AMK-vagtcentralen er blevet tilgængelig for regionen, giver et grundlag for at kunne vurdere effekten af samt gennemføre en eventuel hjemtagelse af yderligere præhospitale opgaver.

- Personalet på AMK-vagtcentralen kan løbende blive bedt om at løfte nye opgaver, der er en følge af nye ønsker i Regionsrådet eller beslutninger på landsplan. En ekstern leverandør ville kun have løst de opgaver, der var udbudt. Dvs. løsning af yderligere opgaver ville skulle bero på en forhandling, med heraf følgende nye udgifter. I den nuværende kontraktsperiode ville opgaver som disponering af akutlægehelikopteren samt 112-førstehjælper-ordninger være nye opgaver, der skulle have været forhandlet om.

Sammenfattende vedrørende drift af AMK-vagtcentralen:
Region Midtjylland har siden 1. december 2009 stået for driften af vagtcentralen. Der er i løbet af de to et halv år der er gået opnået gode erfaringer med denne organisering

Som beskrevet ovenfor viser erfaringerne fra de første 2½ års drift af AMK-vagtcentralen, at adskillige forhold taler for, at Region Midtjylland fortsat selv driver denne. De væsentligste erfaringer er følgende:

- Effektiv drift: Hele personalet har en målrettet opgave for Region Midtjylland, og opgavetilrettelæggelsen kan afpasses efter situationen. Der er et samspil mellem det sundhedsfaglige personale og tekniske disponenter i forhold til det fælles mål - rette hjælp i rette tid til rette borger. I andre regioner, hvor opgaven er delt mellem regionen og en ekstern leverandør, har personalet forskellige mål for opgaveløsningen, hvilket vil betyde, at effektiviteten falder.

- Fleksibel drift: AMK-vagtcentralens personales opgaver vil løbende kunne tilpasses ønsker fra det politiske niveau, dels i forhold til opgavetyper, men også i forhold til konkrete hensyn, der ønskes varetaget. Dvs. der er ikke en binding til en udbudt opgave.

- Økonomisk effektivitet: Styring af variable udgifter foretages af Region Midtjylland, som er den part, der skal betale udgiften, og ikke den part, der skal modtage betaling.

- Fuld information: Alle driftsmæssige informationer ejes af regionen, ligesom regionen har eget specialiseret personale, der efter behov kan assistere ved udførelse af analyser af driften.

- Konkurrence: Det er en helt afgørende forudsætning for kommende leverandørers ønske om at byde på præhospitale opgaver, herunder helikopterdrift mv., at den tekniske disponering og adgang til tekniske driftsdata alene tilfalder regionen og ikke en konkurrent.

Det er på baggrund af ovenstående vurderingen, at det er mest hensigtsmæssigt, at Region Midtjylland fortsat selv driver AMK-vagtcentralen.

3.3 Ambulanceberedskabet
Jf. Akutplanen skal ambulanceberedskabet udgøre grundstammen i regionens præhospitale indsats.

3.3.1 Kapacitet
64 ambulanceberedskaber, heraf 47 døgnbemandede, 16 dagberedskaber, 1 babyambulance.

Der er 29 beredskaber til liggende sygetransport. 24 hverdagsberedskaber og 5 weekend- og helligdagsberedskaber. De giver 227 rådighedstimer på hverdage og 40 rådighedstimer i weekender og på helligdage.

36 ambulancestationer.

I ovenstående er inkluderet et ekstra beredskab i Struer. Regionsrådet vedtog budget 2012, at der skal ansøges om midler fra akutpuljen til forbedring af ambulanceberedskabet i yderområderne, herunder til en forlængelse af det ekstra beredskab med paramediciner, der midlertidigt er etableret i Struer (udløber august 2013). Puljen er endnu ikke udmøntet af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

3.3.2. Dimensionering

Dimensioneringen med ambulancer i regionen har grundlæggende to opgaver:
1) Varetagelse af kørsler
2) Beredskabsdækning

Ad 1: I forbindelse med dimensioneringen af ambulanceberedskabet i delområderne er der oprindeligt gjort antagelser i forhold til udnyttelsen af de enkelte beredskaber. Man kunne også sige forventninger til den tid, beredskabet bruger på opgaver, ud af den samlede disponible tid for beredskabet.
Ad 2: En hensigtsmæssig dimensionering kræver imidlertid ikke kun en effektiv udnyttelse af beredskaberne. Der er især i tyndt befolkede områder med større afstande behov for at placere beredskaber, selv om udnyttelsesgraden er relativt mindre end andre steder. Det er nødvendigt, for at responstiderne i området ikke skal være relativt for lange.

3.3.3 Servicemål og responstider

Ved responstid forstås den tid, der går, fra den tekniske disponent på regionens AMK-vagtcentral modtager opgaven fra den sundhedsfaglige visitator og indtil *ambulancen* er fremme på et skadested, hos en akut syg patient eller hos en fødende.

Servicemål og –opfyldelse i minutter*

		Mål	01.01.10 - 31.12.10	01.01.11 – 31.12.11
A	75 % er <	10	10,1	10,1
	92 % er <	15	14,7	14,3
	98 % er <	20	19,1	18,4
B	60 % er <	15	14,0	13,6
	75 % er <	20	18,0	17,2

*Servicemål er gældende for regionen som helhed

En sammenligning af responstidsopgørelsen med data fra 2010 viser, at der er sket en forbedring af responstiden (A75) ift. en række kommuner. Dette gælder Favrskov (fra 13,3 til 12,6), Hedensted (fra 13,5 til 12,7), Ikast-Brande (fra 10,6 til 10,2), Lemvig (fra 13,6 til 12,1), Norddjurs (fra 11,2 til 10,7), Odder (fra 11,1 til 9,8), Ringkøbing-Skjern (fra 13,3 til 12,5), Samsø (fra 10,0 til 9,5), Silkeborg (fra 9,9 til 9,7), Skanderborg (fra 12,2 til 11,6), Skive (fra 12,0 til 10,8) og Struer kommuner (fra 11,7 til 10,8). Tilsvarende er der som forventet sket en mindre forringelse i responstiden bl.a. i en række byområder, herunder i Herning, Holstebro, Horsens, Randers, Viborg og Århus kommuner.

Responstiden (A75) i Syddjurs er uændret. Der er således sket en udjævning i responstiden på regionsniveau.

Typisk er responstiderne korte i tættere bebyggede områder, mens responstiderne er længere i tyndt befolkede områder, hvilket bl.a. skyldes balancen mellem stor udnyttelsesgrad og dækningsgraden for ambulanceberedskaberne.

En større udjævning af responstiderne fordrer udvidelse af antallet af beredskaber. En mindre udjævning vil eventuelt også kunne ske ved en omplacering af de nuværende beredskaber.

Det er dog vigtigt at understrege, at det ikke kan anbefales, at gennemføre ændringer under de nuværende kontraktvilkår, eller før end alle relevante responstider kan registreres ved samme hændelsesforløb, samt der er opnået bedre simuleringsmuligheder med henblik på at opnå en optimal dimensionering med og placering af beredskaber.

Såfremt man ønsker at foretage en flytning (fra- og tilkøb), er det vigtigt at kunne kortlægge de afledte konsekvenser for responstiden, såvel i området, hvor der frakøbes et beredskab, som i området hvor der tilkøbes et beredskab, men også virkningen på responstiden generelt. Dette kan kompliceres, bl.a. hvis der frakøbes en type beredskab og tilkøbes en anden type beredskab. Her ud over er det forbundet med større udgifter at ændre vilkårene under kontrakterne i kontrakperioden.

Det nationale Akutudvalg har drøftet en maksimal responstid for A-kørslerne på 15 minutter. Region Syddanmark har foretaget en beregning, der viser, at udgiften ved opfyldelse heraf til ambulanceberedskabet vil skulle ca. fordobles i forhold til i dag. For Region Midtjyllands vedkommende er udgiftsestimatet på et trecifret millionbeløb årligt.

Kortlægningen af konsekvenserne for responstiden sker ved hjælp af et elektronisk simuleringsprogram (Siren Predict). Erfaringsmæssigt skal der tages betydelige forbehold i forhold til programmets evne til at forudsige detaljerede konsekvenser ved ændringer. Med den nye SINE kontrolrumsløsning fra ultimo 2012 vil der blive langt bedre muligheder for at kunne foretage simuleringer. Det vil dog kræve udvikling af programmer, som der ikke på nuværende tidspunkt er afsat ressourcer til.

Som det er i dag opgøres responstider alene ud fra, hvornår første ambulance er fremme (uanset øvrige præhospital indsats). Der er ikke for nuværende mulighed for at lave forløbsanalyse i relation til de forskellige præhospitale ordningers responstid for samme tilfælde (der er ikke fælles såkaldt hændelses-ID). Der bør derfor stræbes mod at kunne indhente og integrere data for ordningernes responstider, således at det bliver muligt at oplyse, hvor hurtigt (professionel) hjælp er nået frem.

3.3.4 Fleksibilitet

Med henvisning til Evalueringsrapporten fra januar 2011, vil der frem mod næste udbudsrunde kunne ses nærmere på mulighederne for at opnå en større fleksibilitet i ambulanceberedskabet. Følgende temaer bør indgå:

- Udnyttelses og dækningsgrad
- Smidiggørelse af beredskabstyper eksempelvis lavaktivitetsberedskaberne
- Dimensioneringen med beredskabstyper og deres placering

- Større indbygget fleksibilitet i kommende kontakter i forhold til mulighederne for at til-/frakøbe beredskaber i kontraktens løbetid
- Nye typer beredskaber, eksempelvis "hvilende transporter" (i taxaer) som alternativ til ambulance- eller sygetransport.
- Krav til tele- og videokommunikationsudstyr.

3.3.5 Opgaver

Fordeling af opgaver efter opgavekategorier 2010 og 2011

		2010	2011	4. kv. 2011
	Forudsat fordeling	01.01.10 – 31.12.10	01.01.11 – 31.12.11	01.10.11 – 31.12.11
A	20 %	29 %	24 %	22 %
B	20 %	15 %	19 %	19 %
C	30 %	19 %	16 %	17 %
D	30 %	33 %	31 %	30 %
E	-	2 %	6 %	8 %
Ikke-angivet	-	1 %	0 %	0 %
Teknisk kørsel	-	2 %	4 %	4 %
I alt	100 %	100 %	100 %	100 %

Fra maj 2011 overtog regionerne modtagelsen af alle 112-opkald vedr. akut sygdom og tilskadekomst på AMK-vagtcentralerne. Det vil sige, at Præhospitalet fra dette tidspunkt overtog ansvaret for alle patienter helt fra 112-opkaldet og frem til overdragelsen til hospitalet eller afslutningen af behandlingen på skadestedet. Fordelingen af opgaver/kørsler, som ses i tabellen ovenfor er direkte influeret af, at Region Midtjylland overgik til sundhedsfaglig visitation af alle borgerhenvendelser fra 1-1-2 primo maj 2011 på AMK-vagtcentralen.

Udviklingen i A-kørsler:
Indførelsen af sundhedsfaglig visitation af 112-opkald primo maj 2011 har medført et fald i andelen af A-kørsler ift. 2010. Det vil sige færre borgere vurderes at have behov for hurtig livreddende indsats.

Udviklingen i B-kørsler:
Der er fra 2010 til 2011 sket en stigning i andelen af B-kørsler. Dette skyldes blandt andet, at en del af de kørsler, der tidligere er blevet kørt som A, efter ndførelsen af sundhedsfaglig visitation af 112-opkald viser sig at være hastende, men ikke livstruende (B-kørsler).

Udviklingen i C-kørsler:
Andelen af C-kørsler er faldet siden 2010. Præhospitalet har ikke fuldt kunnet kortlægge årsagen til dette fald. Årsagen kan ligge flere steder. Hospitalspersonalet kan opleve, at en ventetid på 90 minutter (som er servicemålet på C-kørsler) er for længe set i forhold til den øvrige aktivitet på stedet, og det samme gælder praktiserende læger og vagtlæger, der vurderer, at de har behov for, at patienter hentes hurtigere.

Derfor er Præhospitalet ultimo 2011 begyndt at bruge sundhedsfaglige visitatorer til at indgå i dialogen med det bestillende sundhedspersonale omkring en del af de henvendelser, der modtages i dagtiden mhp. at sikre, at der sendes det rette respons til patienterne.

3.3.6 Hjemtagelse af præhospitale opgaver

For så vidt angår overvejelser omkring mulighederne for hjemtagelse af præhospitale opgaver, så er den grundlæggende forudsætning for hjemtagelse, at regionen kan udføre den hjemtagne opgave mindst lige så billigt som de private leverandører. Der er her ud over en række andre forudsætninger vedrørende fysiske rammer, teknisk drift, rekruttering af personale, overenskomster m.v., som skal være opfyldt.

Der er fordele og ulemper ved hjemtagelse, og disse skal opvejes mod hinanden. Der vil skulle udarbejdes helt konkrete beregninger for at komme en egentlig vurdering nærmere. Lønudgifternes store andel af den præhospitale økonomi betyder, at en forudsætning for at lave disse beregninger er, at Danske Regioner har indgået overenskomst for det præhospitale område, herunder ambulancedrift og liggende sygetransport. Det skal endvidere undersøges, om virksomhedsoverdragelsesloven vil blive sat i kraft ved en regional hjemtagelse af præhospitale opgaver.

Der er taget hul på de indledende overvejelser i forhold til den fremtidige varetagelse af de præhospitale opgaver. Det er imidlertid en langvarig proces, der ikke kan forventes afklaret inden for tidsrammen for den igangværende evaluering (ved udgangen af 1. kvartal 2012).

3.3.7 Udbud af ambulancetjenesten

De nuværende aftaler om ambulancekørsel mellem Region Midtjylland og de respektive private leverandører udløber den 30. november 2013. Det samme er tilfældet for kontrakterne vedrørende liggende sygetransport. Undtaget for ovenstående er dog aftalen med Samsø Redningskorps ApS vedrørende Samsø. Denne aftale udløber den 30. november 2015.

Der er i aftalerne mulighed for en forlængelse af kontrakterne med op til to gange tolv måneder. En forlængelse skal ske med minimum tolv måneders varsel. Denne mulighed for forlængelse er nødvendig at gøre brug af, fordi det ikke er muligt at nå det til 2013. Det skyldes, at den nærværende afrapportering vedrørende status for det præhospitale område, samt de første erfaringer med Favrskov-ordningen, har været afventet.

Der er samtidig flere fordele ved en forlængelse af de nuværende kontrakter for ambulancetjenesten og liggende sygetransport:

- Konkurrencesituationen: Af hensyn til at få eventuelle nye firmaer til at deltage i udbuddene er det afgørende, at det nye firma har minimum et år fra en eventuel tildeling af kontrakt og til kontraktens start. Da gennemførslen af et udbud samtidig tager op mod et år, vil det intensive forberedelsesarbejde vedrørende de kommende udbud hensigtsmæssigt skulle indledes to år før kontraktstart.
- Økonomiske forhold: De nuværende kontrakter giver en stabil og forholdsvis begrænset udgiftsstigning, idet denne er baseret på indeks fra Danmarks Statistik. På baggrund af de danske overenskomstforhold, som gør det vanskeligt for nye entreprenører på området, er det usikkert, hvordan prisudviklingen vil være ved et nyt udbud. Selv en god konkurrencesituation vil ikke påvirke det faktum, at de nuværende kontrakter er beregnet på grund af den viden, man havde i 2008, og kørselsmønstrene vil fra 2008 til 2013 have ændret sig meget. Det vil i sig selv kunne påvirke udgiftsniveauet.
- Øvrige regioners forhold: Vedrørende de øvrige regioner gælder det, at de planlægger kontraktudløbet af deres kontrakter til at falde i perioden

2014-2016. Ved at afvente dette vil Region Midtjylland kunne drage fordel af eksempelvis at kunne samordne udbudsbetingelserne med de øvrige regioner samt gøre brug af de erfaringer, der i øvrigt gøres og er gjort.
- Udskiftning af nuværende kontrolrum: I perioden 2012-2013 gennemføres en udskiftning af AMK-vagtcentralens kontrolrumsløsning. Det nye kontrolrum skal være i stabil drift, før det vil være hensigtsmæssigt at gennemføre omlægninger af de nuværende kontrakter for ambulancedrift og liggende sygetransport, herunder evt. udskiftninger af leverandører i enkelte områder.

3.3.8 Paramedicinerbemanding af ambulancer i Region Midtjylland

Af "Aftale om budget 2012 for Region Midtjylland" fremgår det, at:
"Ved kommende udbud undersøges mulighederne for omkostningseffektivt at bemande ambulanceberedskaberne med paramedicinere".

Alle ambulancer i Danmark, herunder ambulancerne i Region Midtjylland, er bemandet med to reddere, hvoraf mindst én er ambulancebehandler, men den anden skal være uddannet til mindst ambulanceassistent.

Ambulancekontrakten åbner dog mulighed for, at der vil kunne indgås aftale om bemanding med paramedicinere til gengæld for, at der ydes en merbetaling til ambulanceleverandøren.

Etablering af fast paramedicinerbemanding vil forudsætte videreuddannelse af ambulancebehandlere samt evt. flytning af allerede uddannede paramedicinere, og derfor må ambulanceleverandørerne gives et vist varsel (forventeligt 6-9 måneder), før en ændring af en bemanding kan effektueres.

Effekten af paramedicinerbemandede ambulancer:
Paramedicinerbemandede ambulancer vil ikke have en effekt på responstiden, men medvirker til, at mere avancerede behandlinger kan igangsættes hurtigere i patientforløbet. Paramedicinere kan på lægelig delegation bl.a. give smertestillende medicin, modgift ved overdosis samt kvalmestillende og vanddrivende medicin.

Omkostninger ved oprettelse af paramedicinerbemandede ambulancer:
Samlet set vurderes driftsudgiften til paramedicinerbemanding af en ambulance at betyde en forøgelse i den almindelige driftsudgift for et ambulanceberedskab (lavaktivitet) på ca. 750.000 kroner.

Placering af paramedicinerbemandede ambulancer:
Det vurderes, at paramedicinerbemanding vil kunne have størst gavnlig effekt for den præhospitale indsats i Region Midtjylland ved at blive anvendt på et ambulanceberedskab (lavaktivitet) på følgende stationer (i prioriteret rækkefølge):

1) Ebeltoft
2) Rønde
3) Brande
4) Kjellerup
5) Hammel
6) Durup

Hvis der på sigt ændres på strukturen med akutbiler i Midt- og Vestjylland, vil det i den forbindelse være naturligt at vurdere, om der skal udmøntes en model med udvidet paramedicinerbemanding af ambulancerne i området.

3.3.9 Telemedicin
Region Midtjylland har et telemedicinsk beredskab på hjerteområdet.
Udgangspunktet for det telemedicinske beredskab er at sikre:

- Så tidlig diagnostik af stor blodprop i hjertet som muligt.
- Hurtigst muligt forløb fra patienten er diagnosticeret til behandlingen indledes.

Anvendelsen af telemedicin til præhospital diagnostik og visitation på hjerteområdet indebærer, at ambulancebehandlere via telemedicinsk udstyr kan sende hjertekardiogrammer (EKG) direkte fra ambulancen til hospitalet. Samtidig kan der etableres telekontakt mellem lægen på hospitalet og henholdsvis patient og ambulancemandskabet. Lægen kan på baggrund af vurdering af EKGet eventuelt suppleret med samtale med patienten om symptomforløb mv. foretage fjerndiagnostik af patienten og træffe beslutning om, hvortil patienten skal visiteres.

Region Midtjylland har siden 1999 anvendt telemedicin på hjerteområdet, særligt til identificering af patienter med stor blodprop i hjertet. Der varetages telemedicinsk diagnostik og visitation af hjertepatienter på følgende hospitaler:

- Aarhus Universitetshospital
- Regionshospitalet Herning
- Regionshospitalet Horsens
- Regionshospitalet Viborg

Det er vurderet at være en fordel, hvis alle akuthospitaler indgår i det telemedicinske beredskab, og inddragelsen af Regionshospitalet i Randers overvejes for tiden.

Det vurderes, at der aktuelt gennemføres ca. 11.500 transmissioner årligt i Region Midtjylland fordelt med ca. 5.500 til Aarhus Universitetshospital, 2.200 til Regionshospitalet Herning, 2.000 til Regionshospitalet Horsens og 2.300 til Regionshospitalet Viborg. Med telemedicin diagnosticeres knap 600 patienter med stor blodprop, som kommer direkte til ballonbehandling.

En arbejdsgruppe har i løbet af 2011 lavet en udredning af det telemedicinske beredskab på hjerteområdet, som har resulteret i en række anbefalinger til den fremtidige organisering af området. Der pågår i øjeblikket en proces med henblik på implementering af gruppens anbefalinger.

Kernen i anbefalingerne er at få etableret et regionalt dækkende og ensartet telemedicinsk beredskab på hjerteområdet. Anbefalingerne inkluderer blandt andet en snarlig etablering af en regional EKG-database, så alle EKGer fremover vil kunne tilgås fra alle hospitaler, Præhospitalet og almen praksis. Herudover er der en anbefaling om, at ambulancen i tilfælde, hvor der ikke allerede er bestilt akutlægebil/akutlægehelikopter, skal rekvirere dette i rendezvous-kørsel ved alle akutte patienter med mistanke om stor blodprop i hjertet. Herved undgås det, at ambulancen skal forbi det nærmeste akuthospital med henblik på transportledsagelse.

I fremtiden vil den elektroniske præhospitale patientjournal sammen med videooptagelser fra ambulancepersonalet (på sigt fra borgerne, der ringer 112) støtte en udvikling med en langt mere omfattende telemedicinsk indsats via AMK-vagtcentralerne – lige fra patienten ringer 112, og til patienten er fremme på hospitalet – eller færdigbehandles på stedet. I det præhospitale telemedicinske fremtidsscenarie vil AMK-vagtcentralernes læger og de præhospitale læger i akutlægebiler rådgive ambulancepersonalet online i en

bred vifte af kliniske situationer. De præhospitale læger og AMK-lægerne er fortrolige med ambulancebehandlernes kompetencer og kender de rammer, som de arbejder inden for. Samtidig vil hospitalernes akutafdelinger og specialafdelinger få mulighed for at se data og videooptagelser fra patienter i de ambulancer, der er på vej, og de kan dermed forberede modtagelse, planlægge undersøgelse og modtageteam til patienten.

3.3.10 Tele- og videokommunikationsprojekt

Region Midtjylland arbejder generelt på at styrke udviklingen og brugen af telemedicinske løsninger, herunder en præhospital patient-journal i den præhospitale indsats. Region Midtjylland afventer udbud af en landsdækkende præhospital patient-journal.

Yderligere er der konkret igangsat et projekt delvist finansieret af midler fra akutpuljer vedrørende Hedensted/Horsens-området, omfattende 3 ambulancer med tele- og videokommunikation med akutmodtagelsen i Horsens samt AMK-vagtcentralen. Der er tale om udvidet brug af tele- og videokommunikation mellem ambulance, akutlægebil og akutmodtagelse henholdsvis sundhedsfaglig visitator på AMK. Systemet skal give akutmodtagelsen vigtige præhospitale informationer for at forbedre modtagelse af patienten og om muligt styrke behandlingsmulighederne undervejs. Herunder ikke mindst i områder med relativt lang afstand til nærmeste akutmodtagelse.

Det er et led i projektbeskrivelsen, at udbrede positive, indhøstede erfaringer fra projektet til andre områder i regionen med relativt lang afstand til nærmeste akutmodtagelse.

Projektet løber frem til primo 2014, hvor der vil foreligge en evaluering af projektet.

Anbefalinger vedrørende ambulanceberedskabet:

- *Af hensyn til at sikre de bedst mulige vilkår for et udbud anbefales det her, at de nuværende kontrakter for liggende sygetransport og ambulancetjenesten, undtaget kontrakten vedrørende Samsø, forlænges med foreløbigt 12 måneder, dvs. til at have udløb den 30. november 2014. Hvis dette skal effektueres, skal de præhospitale leverandører formelt varsles senest november 2012.*
- *Det anbefales, at der ikke ændres på servicemålene under de nuværende kontraktvilkår, og før end alle relevante responstider kan registreres ved samme hændelsesforløb.*
- *Vedrørende det ekstra, puljefinansierede ambulanceberedskab med paramediciner i Struer med udløb i august 2013 anbefales det, at overvejelser om permanentgørelse indgår i drøftelserne om budget 2013.*
- *I henhold til "Aftale om budget 2012 for Region Midtjylland" skal der ved kommende udbud undersøges mulighederne for omkostningseffektivt at bemande ambulanceberedskaberne med paramedicinere. Det anbefales, at dette sker i prioriteret rækkefølge startende med Ebeltoft/Rønde.*
- *Når erfaringerne fra evalueringen i 2014 af tele- og videokommunikationsprojektet foreligger, anbefales det, at der træffes beslutning om udbredelse til andre områder i regionen med relativt lang afstand til nærmeste akutmodtagelse.*

3.4 Akutlægebiler og akutbiler

3.4.1 Kapacitet

Der er 9 døgndækkende akutlægebiler bemandet med læge og i de fleste tilfælde en lægeassistent. Bemandingen på de 2 døgndækkende akutlægebiler i Holstebro og Herning er dog integreret i den kliniske afdelings vagt og rykker kun ud i det omfang de kan frigøres fra deres arbejde dér, og de fører selv bilen.

Formålet med akutlægebilerne er at nedbringe den tid, der går, inden de alvorligt syge patienter tilses af en speciallæge.

Regionsrådet har i forbindelse med budget 2012 afsat 15,7 mio. kr. til udvidelse af de nuværende dagdækkende akutlægebiler i Horsens og Randers til døgndækkende ordninger. De to døgndækkende akutlægebiler bemandes med anæstesilæge og lægeassistent.

Med virkning fra 1. marts og 1. april 2012 udvides akutlægebilerne i henholdsvis Horsens og Randers til døgndækkende drift.

A: Oversigt over akutlægebiler

	Driftstid
Lemvig	Døgndækkende
Holstebro	Døgndækkende*
Herning	Døgndækkende*
Viborg	Døgndækkende
Silkeborg	Døgndækkende
Horsens**	Døgndækkende
Århus	Døgndækkende
Randers**	Døgndækkende
Djursland	Døgndækkende

*Akutlægebilerne i Herning og Holstebro bemandes ikke som de øvrige akutlægebiler med både en anæstesilæge og en lægeassistent, men alene med en anæstesilæge, der selv fører bilen. Lægerne der bemander disse biler, varetager samtidig deres arbejde på regionshospitalerne, og kan kun kaldes ud med akutlægebilen, såfremt deres arbejde på hospitalet tillader det. I de tilfælde, hvor lægerne i Herning og Holstebro ikke har mulighed for at rykke ud, kaldes en af regionens øvrige akutlægebiler.

**Døgndækkende fra 2. kvartal 2012.

B: Oversigt over akutbiler

	Driftstid
Holstebro	Døgndækkende
Herning	Døgndækkende
Ringkøbing	Døgndækkende
Tarm	Døgndækkende
Skive*	Døgndækkende

* Akutbilen i Skive er i dagtiden bemandet med en anæstesisygeplejerske og en paramediciner. Udenfor dagtid på hverdage og i weekender samt på helligdage er bilen alene bemandet med en paramediciner. De øvrige biler er døgnet rundt bemandet med anæstesisygeplejerske og ambulancebehandler.

Der er 5 døgndækkende akutbiler bemandet med anæstesisygeplejerske og ambulancebehandler eller med anæstesisygeplejerske og paramediciner. Bilen i Skive er bemandet med paramediciner uden for dagtid på hverdage.

3.4.2 Vedrørende akutlægebiler og akutbiler i Vest

På Regionsrådets møde den 21. marts 2012 blev det besluttet, at der skal udarbejdes et forslag til at udbygge akutlægebilen i Herning til en fuldt tilgængelig døgndækkende lægebilordning til erstatning for den eksisterende lægebilordning i Herning og erstatning for den sygeplejerskebetjente akutbil i Herning.

Der fremlægges således på andet dagsordenspunkt sideløbende med denne status-afrapportering sagsfremstilling med et sådant forslag. Der henvises dertil.

3.4.3 Placering af akutlægebilen på Djursland

Akutlægebilen på Djursland har sit udgangspunkt i en beslutning fra 2002 truffet i det tidligere Århus Amtsråd. Fra starten var bilen placeret i Grenaa i dagtiden og i Kolind aften og nat.

I 2005 blev der udarbejdet en evalueringsrapport om akutlægebilen på Djursland, hvor blandt andet bilens placering blev vurderet. Vurdering i evalueringsrapporten går på en mere central placering af bilen, men en endelig placering i højere grad afhænger af en prioritering af:

- *Lighedsaspektet*, dvs. alle borgerne skal stilles lige. Postdistrikterne skal dermed ikke vægtes i forhold til befolkningsgrundlaget
- *Antalsaspektet*, dvs. flest mulige borgere skal kunne nås inden for et vist tidsinterval. Dvs. postdistrikterne vægtes i forhold til befolkningsgrundlaget.

Vægtes antalsaspektet højest fastholdes placeringen i Grenaa, da flere borgere får en hurtig responstid, end det er tilfældet hvis lighedsaspektet prioriteres højest.

Lighedsaspektet vil give alle borgere på Djursland ”lige lang” reponstid, hvilket betyder, at borgerne i Grenaa – hvor befolkningstætheden er størst – vil få en længere reponstid end det er tilfældet i dag, og borgerne i den sydlige og vestlige del af Djursland vil få en kortere responstid end det er tilfældet i dag.

Med vedtagelsen af ”Akutplan for Region Midtjylland” fra 2007 ændredes dette, således at akutlægebilen fra maj 2008 blev placeres i Grenaa hele døgnet. Dette skete, for at lægebemandingen på bilen kunne understøtte natbemandingen på Regionshospitalet i Grenaa, hvor Akutplanen medførte en lukning af skadeklinikken i tidsrummet mellem kl. 22.00 og kl. 8.00.

I 2011 blev ”Omstilling til fremtidens Sundhedsvæsen i Region Midtjylland” vedtaget. Gennemførelsen heraf har bl.a. betydet, at der fra oktober 2011 ikke længere er sengepladser på Regionshospitalet i Grenaa, hvilket igen betyder, at der ikke længere er behov for lægeligt back up på hospitalet om natten.

I 2009 afgav ”Det Midlertidige Udvalg vedrørende implementering af Sundhedsberedskab- og præhospitalsplan” en betænkning, hvori det anbefales, at akutlægebilen flyttes til en mere central placering, hvis sengene på Regionshospitalet i Grenaa kan opretholdes.

I 2010 fremsendte Region Midtjylland sammen med Norddjurs Kommune en ansøgning til "Puljen til etablering af lægehuse og sundheds- og akuthuse i udkantsområder tilpasset lokale forhold". Ansøgningen afstedkom et tilsagn om 15 mio. kr. fra den statslige pulje.

I ansøgningen gives der en status for akutberedskabet i området, og heri anføres det, at der er en akutlægebil, som udgår fra Sundhedshuset/akutklinikken. Det er Administrationens opfattelse, at det ikke er en absolut forudsætning for tilsagnet om projektmidler, at akutlægebilen også fremover skal være placeret i Grenaa – der er tale om en status.

29 % af akutlægebilens opgaver i 2011 var indenfor postnummer Grenaa (8500), mens 17 procent var indenfor postnummer Ebeltoft (8400). Ca. 60 % af opgaverne er udenfor dagtiden. For yderligere oplysninger om akutlægebilens aktivitet henvises til Bilag 7.

Der er med gennemførslen af Omstillingsplanen åbnet sig en mulighed for at ændre placeringen af akutlægebilen på Djursland. Men der er for nuværende ikke noget som nødvendiggør en flytning af akutlægebilen. Der kan argumenteres for begge dele jf. ligheds- og antalsaspektet.

Der foreligger tilkendegivelser omkring placeringen af akutlægebilen på Djursland fra Norddjurs Kommune og fra Syddjurs Kommune. Disse vedlægges som Bilag 5 og Bilag 6.

Anbefalinger vedrørende akutlægebiler og akutbiler (idet der også henvises til anden sag på dagsordenen vedrørende akutlægebiler og akutbiler i Vest)**:**

- *Det anbefales, at akutlægebilen på Djursland indtil videre fortsat baseres i Grenaa.*

3.5. Forsøgsordning med akutlægehelikopter i Region Midtjylland og Region Nordjylland

Forsøgsordningen med akutlægehelikopter i Region Midtjylland og Region Nordjylland har været i gang siden d. 1. juni 2011 for en 13 måneders periode.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse er ansøgt om en forlængelse af ordningen for yderligere et år, således at den samlede forsøgsordning udløber pr. 1. juni 2013. I medfør af finanslovsaftalen er der afsat midler til forlængelse af både den jyske og den sjællandske akutlægehelikopterordning indtil juni 2013 hhv. 50 mio. kr. i 2012 og 22 mio. kr. i 2013.

Akutlægehelikopteren i Region Midtjylland og Region Nordjylland flyver som den første af sin slags døgnet rundt, og indgår som sådan i det præhospitale beredskab i Region Midtjylland og Region Nordjylland. Én af hovedopgaverne for akutlægehelikopteren er at bidrage til adgangen til højt specialiseret præhospital hjælp og hurtig transport til relevant behandling ved alvorlig sygdom eller tilskadekomst. Akutlægehelikopteren er bemandet med hhv. pilot, et besætningsmedlem og en speciallæge i anæstesi.

Akutlægehelikopterens primære operationsområde er naturligvis Region Midtjylland og Region Nordjylland, men der udføres opgaver i øvrige områder i Danmark efter behov. Konkret er der indgået aftale med Region Syddanmark om et samarbejde i en række særlige situationer langs Vestkysten og ved større ulykker.

Siden driftsstarten og frem til medio marts 2012 har akutlægehelikopteren opstartet 672 flyvninger med patienter, hvoraf de 571 var opgaver vedrørende akutte patienter og de 101 var patientoverflytninger.

Opgørelser af den geografiske fordeling af aktiviteten for den første del af forsøgsperioden viser, at akutlægehelikopteren, som det var målsætningen, har bidraget til en styrkelse af det præhospitale beredskab i Nordvestjylland.

Akutlægehelikopteren er som nævnt udstyret til at flyve og lande i døgnets mørke timer. Reglerne for landing i mørke betyder, at der i øjeblikket alene kan landes på landingspladser, som er godkendte, hvilket er i modsætning til landing i de lyse timer, som kan ske helt tæt på sygdomssted/skadessted. Som følge heraf, har Region Midtjylland etableret en række rendez-vous pladser i regionen ligesom der benyttes allerede etablerede lufthavne/flyvepladser benyttes til formålet.

Forsøgsordningen i Region Midtjylland og Region Nordjylland skal sammen med forsøgsordningen med akutlægehelikopter på Sjælland bidrage til at indhente erfaring med akutlægehelikoptere som en del af det præhospitale beredskab i Danmark, og på den baggrund indgå i grundlaget for en beslutning om en eventuel national helikopterordning. Dansk Sundhedsinstitut (DSI) forestår evalueringen af disse erfaringer, som forventes at foreligge i april 2012.

For oversigt over den geografiske placering af helikopterens patienter, se bilag 1 nedenfor.

3.6. Ø-beredskabet – den præhospital indsats på øerne

På regionens beboede øer gør særlige vilkår og forhold sig gældende i forhold til indsatsen for at hjælpe kritisk syge eller tilskadekomne. Det gælder Samsø, Tunø, Anholt, Endelave, Fur, Venø og Hjarnø.

Alle steder kan der opstå situationer, hvor den lokale indsats ikke er tilstrækkelig. Her er det muligt at transportere patienten til fastlandet ved hjælp af enten båd eller Forsvarets redningshelikoptere. I visse situationer indgår akutlægehelikopteren i betjeningen af øerne. I henhold til tilsagn om statslige puljemidler tilbydes der i 2012 og 2013 mulighed for øerne om oprettelse af frivillige 112-førstehjælperkorps.

- På Samsø varetages den lægelige præhospitale indsats af øens praktiserende læger, som på skift varetager funktionen som udrykningslæge. Samsø Redningskorps har station i Tranebjerg og råder over 4 ambulancer. Jf. aftale mellem Region Midtjylland og Samsø Kommune er der et Syge- og sundhedshus på Samsø med otte kortidspladser, heraf 4 kommunale (plejehjemspladser) og 4 regionale observations- og ventepladser (vente på overførsel til fastlandet).
- På Tunø blev den præhospitale indsats indtil foråret 2011 delvist varetaget af en sygeplejerske ansat af Odder Kommune. Der foregår drøftelser om funktionen mellem Odder Kommune og Region Midtjylland. Ved behov for lægelig assistance kan udrykningslægen på Samsø rekvireres. Patienttransport på øen foregår i en ambulance, som køres af lokal ø-boer og efterses af Samsø Redningskorps.
- På Anholt er der indgået aftale med Farvandsvæsenet om patienttransport. Den lægelige præhospitale indsats varetages af øens praktiserende læge, som ligeledes rekvirerer patienttransporten.

- På Endelave varetages den lægelige præhospitale indsats af en praktiserende læge. Patienttransport på øen foregår i en ambulance og varetages af et lille lokalt vagthold.
- Fur, Venø og Hjarnø ligger relativt tæt på fastlandet, og her kan der hurtigt rekvireres færgetransport til ambulancen. På Venø er der desuden indgået aftale med en sygeplejerske om sygeplejefaglig bistand i akutte situationer. Sygeplejersken disponeres til alle A-opgaver. Sygeplejersken vurderer selv i den enkelte situation, hvorvidt hun kan yde relevant hjælp.

Jf. Regionsrådets beslutning omkring budget hidtil anvendt til Karup Udrykningsbilen, konstateres det, at finansiering af 112-førstehjælperkorps på Øerne sker herfra ved udløbet af projektet og puljemiddelfinansieringen.

3.7. Øvrige supplerende præhospitale ordninger

Udrykningslæger:
Ordninger med udrykningslæger omfatter aftaler om praktiserende lægers udrykning til patienter efter konkret disponering fra AMK-vagtcentralen.

Der er p.t. aftale med udrykningslæge der vedrører postnummer 8420 (Knebel/Mols/Helgenæs). Lægen rykker ud i gennemsnit ca. 8-9 gange pr. måned.

Her ud over indgår 2 udrykningslæger i Ø-beredskabet på Samsø.

I Thyborøn er der mulighed for at kontakte praktiserende læge i dagtiden på hverdage.

Karup-Udrykningsbilen:
Karup-udrykningsbilen, der startede i 2005 som et samarbejde mellem den daværende Karup Kommune og det daværende Viborg Amt samt Forsvarets Sundhedstjeneste, er en udrykningsbil, der har base på Flyvestation Karup og som i dagtiden på hverdage er blevet bemandet af læger fra Infirmeriet.

Udenfor dagtiden, i weekender, på helligdage samt i lukkeperioder på Flyvestationen er bilen blevet bemandet med to nødbehandlere, der er personer med forskellig baggrund, som har gennemgået et udvidet 40-timers førstehjælpskursus.

Efter Forsvarets Sundhedstjenestes meddelelse den 12. marts 2012 om, at man ikke længere – det vil i praksis sige efter 1. juni 2012 - kan påtage sig at fortsætte ordningen i dagtid, har nødbehandlerne ved Karup-bilen stoppet deres deltagelse i ordningen.

Regionsrådet besluttede således på mødet den 21. marts 2012, at ordningen nedlægges, og at der søges etableret 112-førstehjælperkorps i området.

Dette skal ses i lyset af, at responstiderne i Karup-området er relativt lange - svarende til andre områder, hvor der er etableret 112-førstehjælperkorps.

Samtidig besluttede Regionsrådet, at mulighederne for at optimere disponeringen af de flydende ambulanceberedskaber undersøges med henblik på at nedbringe responstiderne i Karup-området, samt at nedbringelse af responstiderne i Karup-området skal indgå som præmis i det fremtidige udbud af ambulanceberedskabet i området.

Hjemmesygeplejerske-ordninger:
Der er følgende hjemmesygeplejerskeordninger i regionen. Ingen af ordningerne er politisk vedtaget siden dannelsen af Region Midtjylland.

- Ikast (Ikast-Brande Kommune). Aftalen er indgået mellem Ringkøbing Amt og Ikast Kommune med virkning fra 1. januar 2001.
- Ulfborg (Holstebro Kommune). Der eksisterer intet formelt aftalegrundlag i Region Midtjyllands arkiver.
- Thyborøn (Lemvig Kommune). Aftalen er indgået mellem Ringkøbing Amt og Thyborøn-Harboøre Kommune pr. 1. januar 1993.

Indtil 15. december 2011 har der ligeledes været en hjemmesygeplejerske-ordning på Thyholm (Struer Kommune). Denne ordning blev indgået mellem Ringkøbing Amt og Thyholm Kommune pr. 1. september 2009. Ordningen er nu nedlagt til fordel for et nyt ambulanceberedskab.

Ordningernes karakteristika:
Hjemmesygeplejerskeordningerne består af kommunalt ansatte hjemmesygeplejersker, der kan disponeres fra AMK-vagtcentralen til syge og tilskadekomne borgere.

Til forskel fra de andre præhospitale beredskaber kan hjemmesygeplejerskerne ikke kaldes via SINE, men via telefonopkald. Desuden opgøres der ikke responstider for hjemmesygeplejerskerne.

Disponering:
Hjemmesygeplejerskerne er kodet ind i det disponeringssystem Region Midtjylland har lejet af Falck, så de tekniske kørselsdisponenter automatisk får mulighed for at vælge dem ved disponering i bestemte områder.

Inden indførelsen af sundhedsfaglig visitation af 112-opkald blev hjemmesygeplejerskerne som udgangspunkt disponeret i forbindelse med disponering af præhospitale ressourcer i bestemte områder.

Efter indførelsen af sundhedsfaglig visitation af alle 112-opkald disponeres hjemmesygeplejerskerne til A-opgaver i de situationer, hvor der er lang kørevej for nærmeste ordinære præhospitale beredskab og hvor hjemmesygeplejersken forventes at kunne være først fremme hos patienten. Dette sker af hensyn til borgernes tryghed i livstruende situationer. I praksis er det nødvendigt at skønne om hjemmesygeplejersken kan være fremme før primærambulancen, da der ikke foreligger konkrete oplysninger om, hvornår hjemmesygeplejersken er fremme. Det betyder, at hjemmesygeplejersken disponeres i situationer, hvor ambulancen ikke forventes at kunne være fremme hos patienten indenfor 8 minutter.

Som det er tilfældet i de øvrige dele af regionen, disponeres nærmeste akutlægebil fortsat i overensstemmelse med gældende retningslinjer.

Aktiviteten for hjemmesygeplejerskeordningerne i Region Midtjylland i 2011 for ordningerne i Ikast, Ulfborg og Thyborøn var henholdsvis 54, 50 og 70 tilkald.

Forsøgsprojekt i Aarhus:
Aarhus Amt og Aarhus Brandvæsen indledte 1. september 2005 et to årigt forsøg, hvor mandskab fra brandvæsenet indgik i beredskabet til iværksættelse af basal genoplivning, indtil ambulancen når frem. Aarhus Brandvæsen har en

særlig bil med førstehjælpsudstyr og hjertestarter, som kaldes ud ved mistanke om hjertestop

Til forskel fra de øvrige førstehjælper-korps i Region Midtjylland, der etableres i udkantsområder med lang responstid, har forsøgsprojektet hjemme i Aarhus bymidte, hvor responstiden for det primære præhospitaleberedskab er kort.

Ordningen koster Region Midtjylland mellem 80.000 kr. og 100.000 kr. årligt til indkøb og vedligehold af førstehjælpsudstyr m.v. Øvrige udgifter afholdes af Aarhus Brandvæsen.

Forsøgsperioden er ophørt, men i forbindelse med udvalgsarbejde og evalueringsfaser har Region Midtjylland besluttet, at supplerende præhospitalsordninger skulle fortsætte indtil videre, er der ikke siden taget endelig stilling til ordningens videre skæbne. Aarhus Kommune har dog tidligere – uden effektuering – omtalt muligheden for, at regionen overtager hele eller dele af driftsudgifterne ved videreførelse.

<u>112-førstehjælpere:</u>
I forbindelse med ansøgningerne om andel i finanslovspuljerne til styrkelse af den præhospitale indsats i områder med langt til nærmeste akutmodtagelse, har Region Midtjylland søgt om medfinansiering af etablering af 112-førstehjælperkorps (first responder ordninger) i den nordvestlige del af regionen. De frivillige 112-førstehjælper korps kaldes ud ved mistanke om hjertestop. 112-førstehjælperne skal sikre borgerne hurtig og relevant førstehjælp, indtil anden hjælp kan være fremme.

Der er i 2011 oprettet 8 sådanne korps i tæt samarbejde med de respektive kommuner. Korpsene er oprettet med base i Hvidbjerg, Jegindø, Uglev, Thyborøn, Harboøre, Nees, Staby og Thorsminde.

Jf. Regionsrådets beslutning omkring budget hidtil anvendt til Karup Udrykningsbilen, konstateres det, at finansiering af 112-førstehjælperkorps i den nordvestlige del af regionen sker herfra ved udløbet af projektet og puljemiddelfinansieringen.

Anbefalinger vedrørende øvrige supplerende præhospitale ordninger:

- *Det anbefales, at Regionsrådet i forbindelse med budget 2013 drøfter permanentgørelse af nuværende og kommende 112-førstehælperordninger.*
- *Det anbefales, at hjemmesygeplejerskeordningerne og udrykningslægeordningen videreføres indtil videre og inden for den nuværende samlede økonomiske ramme.*
- *Det anbefales, at aktivitetsudviklingen og kvaliteten i hjemmesygeplejerskeordningerne og udrykningslægeordningen følges.*
- *Det anbefales, at der tages kontakt til Aarhus Kommune med henblik på afvikling af projekt med hjertestarter.*

4. Monitorering

Der er behov for i højere grad at få belyst kvaliteten af den præhospitale indsats. Det er imidlertid vanskeligt med de nuværende registreringsmuligheder.

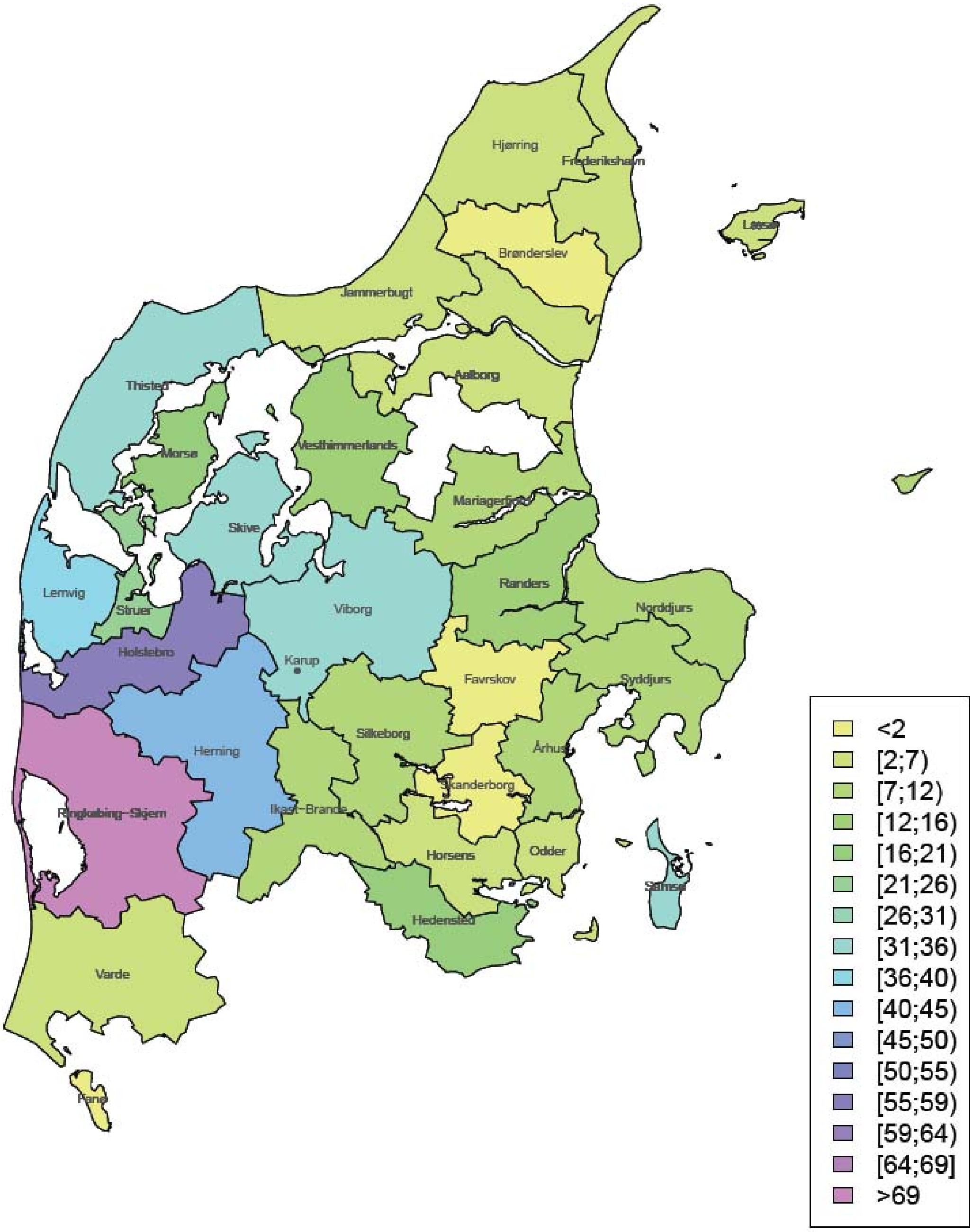
Anbefaling:

- *Det anbefales, at der i forbindelse med og i takt med ibrugtagningen af den elektroniske præhospitale patient journal (PPJ) sker udvikling af monitorering af aktiviteten og kvaliteten på det præhospitale område, og at Det rådgivende udvalg vedrørende hospitaler løbende følger monitoreringen.*

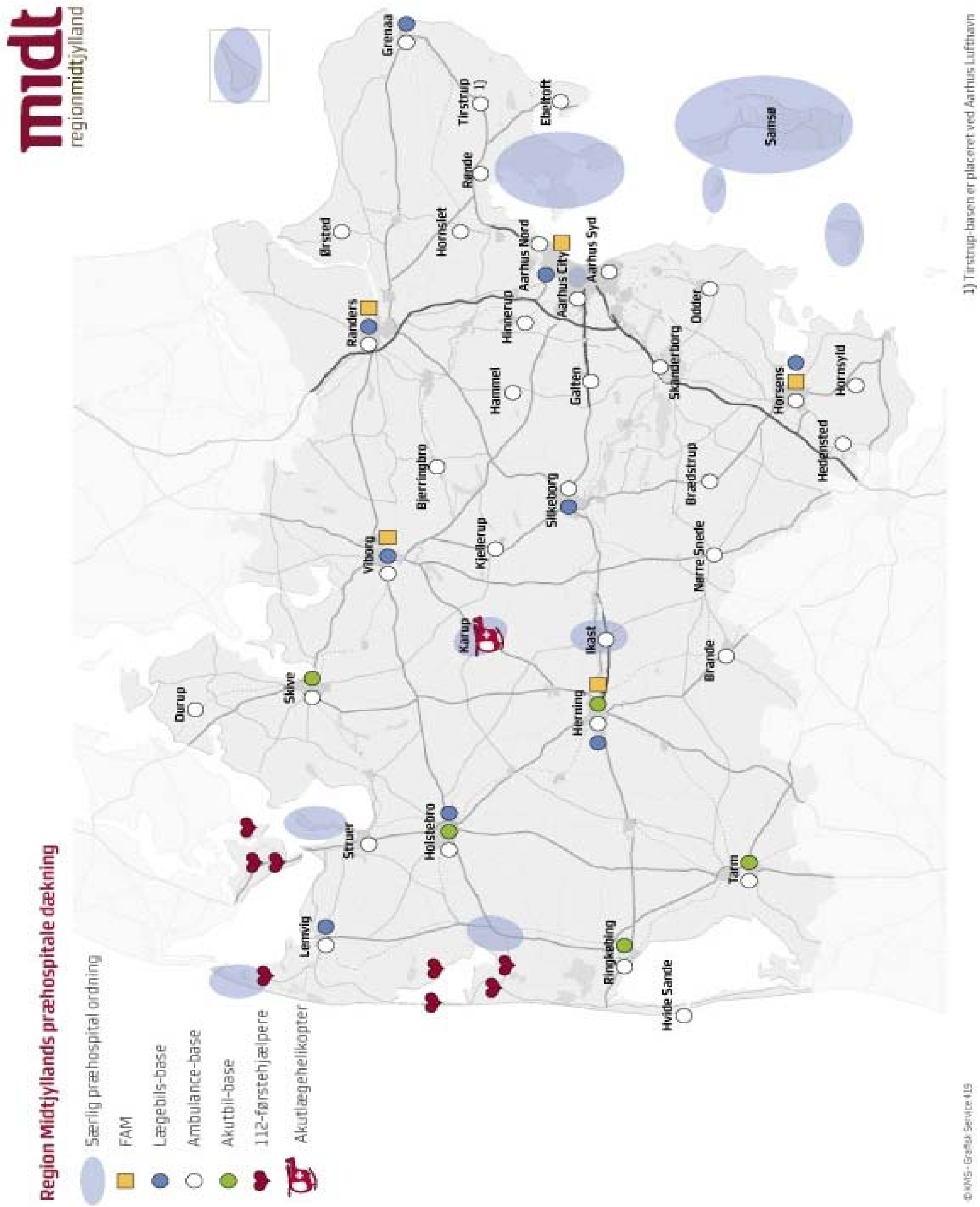
5. Bilag

Bilag 5.1: Geografisk placering af akutlægehelikopterens flyvninger – 1. juni–31. december 2011.

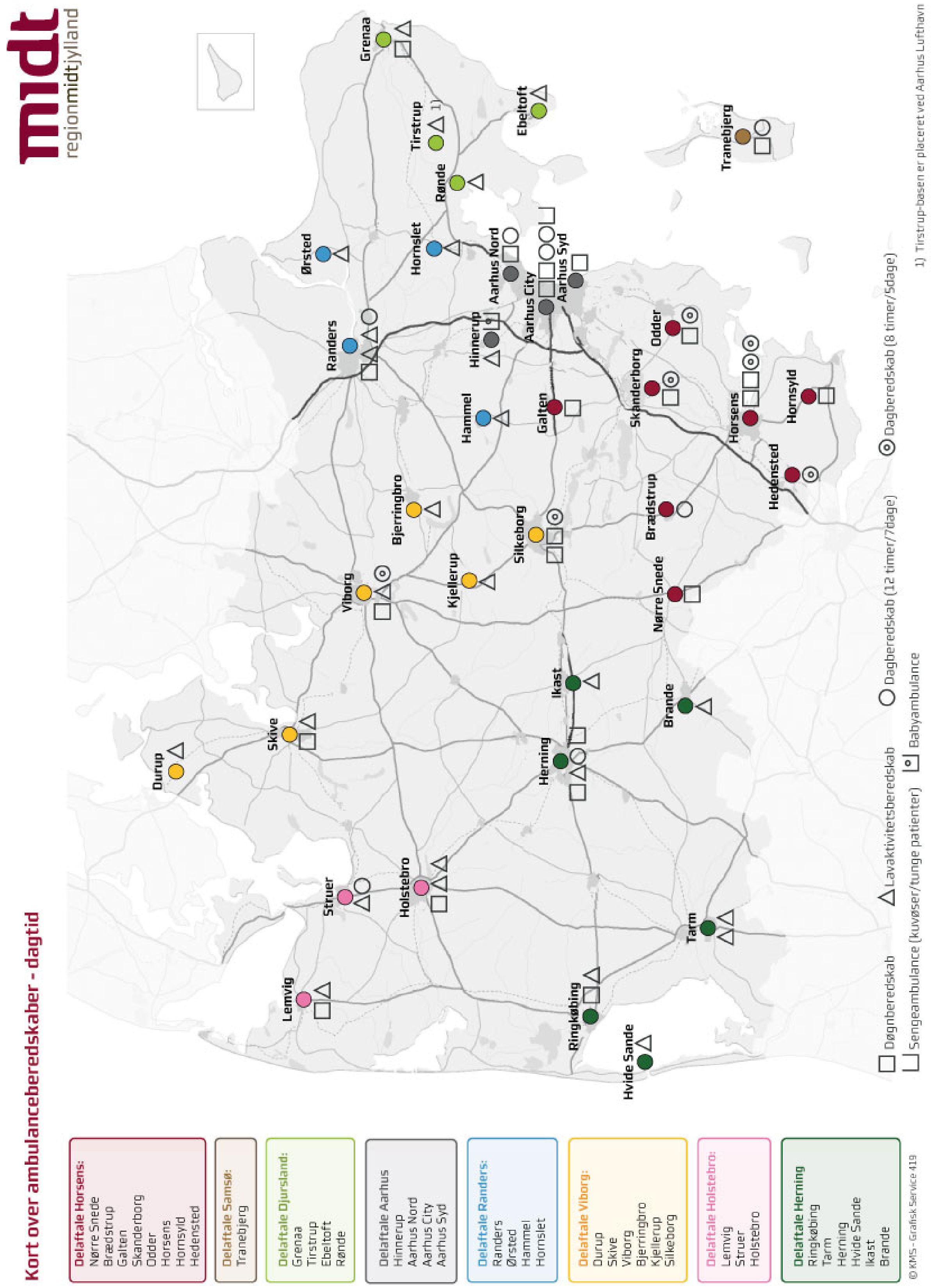
(base ved Flyvestation Karup)



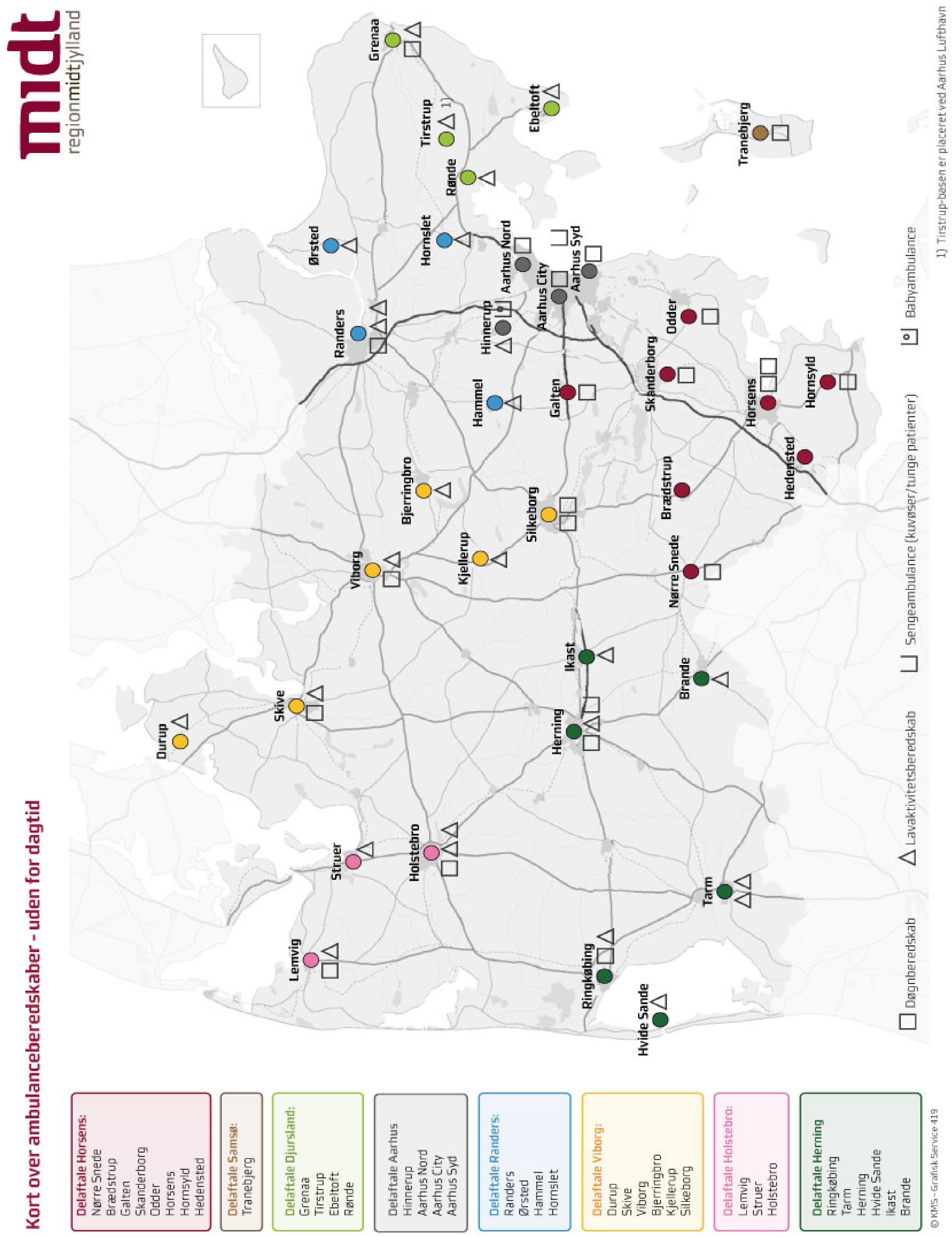
Bilag 5.2: Region Midtjyllands præhospitale dækning



Bilag 5.3: Kort over ambulanceberedskaber – dagtid



Bilag 5.4: Kort over ambulanceberedskaber – uden for dagtid



Bilag 5.5: Tilkendegivelse fra Norddjurs Kommune om placering af akutlægebilen på Djursland:

norddjurs kommune

midt regionmidtjylland

Region Midtjylland

Att.: Holger Schildt Knudsen

Sundhedsafdelingen
Dato: 09.03.2012
Reference: Pia Moldt
Direkte telefon: 89 59 32 01
E-mail: pm@norddjurs.dk
Journalnr.:

Tilkendegivelse vedr. den fremtidige placering af akutlægebilen på Djursland

Tak for muligheden for at afgive en tilkendegivelse om den fremtidige placering af akutlægebilen på Djursland.

Indledningsvis skal Norddjurs Kommune henvise til, at vi i samarbejde med Region Midtjylland har fremsendt en ansøgning til Indenrigs- og Sundhedsministeriet den 29. oktober 2010 om 23,5 mio. kr. til nære sundhedstilbud i Grenaa. Denne ansøgning er imødekommet af ministeriet den 4. marts 2012 med 15 mio. kr. Norddjurs Kommune og Region Midtjylland er pt. i gang med at revidere budget og projektbeskrivelse, således at begge dele stemmer med de 15 mio. kr. Det fremgår af ministeriets bevillingsbrev af 4. marts 2011, at væsentlige ændringer i det oprindelige projekt forudsætter ministeriets godkendelse.

Ansøgningen indeholder i sin beskrivelse af sundhedshuset en række kommunale og regionale funktioner, som skal indgå i sundhedshuset. Dertil kommer også faciliteter, der kan bidrage til funktioner fra privatpraksis. Norddjurs Kommune har truffet de nødvendige politiske og økonomiske beslutninger, der indgår i ansøgningen.

I ansøgningen er akutlægebilen nævnt under oplistningen af de regionale funktioner, der skal indgå i sundhedshuset. Desuden fremgår det i forbindelse med afsnittet i ansøgningen om projektets sammenhæng til den øvrige præhospitale indsats bl.a.: "Endvidere udgår akutbil fra hospitalet. Akutbilen er bemandet med anæstesisygeplejerske og læge".

Det er således klart fastslået i den fælles ansøgning, at akutlægebilen udgår fra hospitalet i Grenaa.

I forbindelse med Region Midtjyllands omstillingsplan ændrede Region Midtjylland på visse funktioner på Grenaa Sygehus, herunder lukning af sengepladserne i Grenaa. Et af forslagene var også at fjerne akutlægebilen.

Norddjurs Kommune protesterede kraftig mod dette i det fremsendte høringssvar og henviste i den forbindelse til, at etablering af Sundhedshus Grenaa byggede på de funktioner, som fremgik af den fælles ansøgning til ministeriet.

Resultatet af de politiske forhandlinger om omstillingsplanen betød reduktioner i de regionale funktioner på Grenaa Sygehus, og at akutlægebilen blev fastholdt i Grenaa, hvilket også fremgår af regionens notat om funktioner i Grenaa efter tilpasning til omstillingsplanen. Af denne beskrivelse fremgår under "øvrige funktioner" på matriklen følgende:

"Anæstesiologisk Afdeling i Randers står for bemandingen af lægebilen. Lægebilen er placeret i et særskilt hus på matriklen. Lægebilen er bemandet eftermiddag/aften og nat".

Norddjurs Kommune finder derfor ikke, at der er politisk grundlag for, at akutlægebilen kan overvejes flyttet til andre geografiske lokationer. Placeringen er afgjort i forbindelse med fremsendelsen af ansøgningen til Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt i den funktionsbeskrivelse, som nu er gældende efter, at regionen reducerede funktionerne i Grenaa. En yderligere reduktion gennem fjernelse af akutlægebilen fra Grenaa vil derfor være uacceptabelt for Norddjurs Kommune.

En fortsat placering af akutlægebilen i Grenaa og på "matriklen" er i øvrigt velbegrundet ud fra de geografiske forhold på Djursland og sikkerheden for, at hele Djursland kan betjenes.

Der er således akutlægebilbetjening fra Randers til den vestlige del af Norddjurs Kommune, hvilket sikrer denne del af Norddjurs Kommune den nødvendige akutlægebilbetjening. De øvrige dele af det vestlige Djursland vil i betydeligt omfang kunne betjenes fra Aarhus. Akutlægebilens placering i Grenaa sikrer samtidig en kort responstid til de østlige dele af Djursland, idet akutlægebilen i betydeligt omfang kan anvende det overordnede vejnet.

Norddjurs Kommune anerkender, at der vil være enkelte steder, hvor der kan forekomme problemer. Vi skal her henvise til den nye lægehelikopter, som Region Midtjylland har til rådighed.

Sundhedshuset i Grenaa med de aftalte funktioner er afgørende for Norddjurs Kommune, idet Grenaa i fremtiden vil skulle sikre en række nuværende og nye arbejdspladser i fremtiden, der vil gavne hele Djursland. Denne koncentration af arbejdspladser og vækstpotentialet knyttet til den positive udvikling på Grenaa Havn begrunder en fortsat placering af akutlægebilen i Grenaa. Virksomheder, der skal vokse og etablere sig i Grenaa, ønsker også adgang til akutfunktioner i nærområdet og efter omstillingsplanens virkning på Grenaa Sygehus, tåler vi ikke fjernelse af yderligere funktioner.

Koncentrationen af virksomheder i Grenaa i fremtiden, infrastrukturen til og fra Grenaa samt befolkningstætheden i Grenaa-området gør således, at Norddjurs Kommune må fastholde akutbilens placering i Grenaa overfor Region Midtjylland, og at vi hermed også kan fortsætte det positive samarbejde med opbygning af et fælles sundhedshus med de aftalte funktioner på matriklen.

Med venlig hilsen

Jan Petersen

Jan Petersen
Borgmester

Bilag 5.6: Tilkendegivelse fra Syddjurs Kommune om placering af akutlægebilen på Djursland:

Til Regionsrådet
Region Midtjylland
Att.: Holger Schildt Knudsen (holknu@stab.rm.dk)
Skottenborg 4
8800 Viborg

Tilkendegivelse om placering af akutlægebil på Djursland

Dato: 5. marts 2012
Sundheds- og socialområdet

Kontaktperson
Jørgen Andersen

Hovedgaden 77
8410 Rønde
Telefon 87 53 50 25
syddjurs@syddjurs.dk
www.syddjurs.dk

Syddjurs Kommune ved Borgmester Kirstine Bille, Udvalgsformand Ninna Thomsen og Kommunaldirektør Nich Bendtsen mødtes 7. februar 2012 med Udvalgsformand Carl Johan Rasmussen, Direktør Ole Thomsen og Afdelingschef Christian Boel.

Syddjurs Kommune havde anmodet om mødet på baggrund af ønske om at få mulighed for indflydelse inden region Midtjylland træffer endelig beslutning om placering af akutlægebilen på Djursland.

Med denne tilkendegivelse vil Syddjurs Kommune fastholde sine synspunkter fra tidligere henvendelser, og hermed redegøre for dem.

Syddjurs Kommune har ved flere lejligheder, 12. december 2008, 26. marts 2010, og senest 10. november 2011 gjort opmærksom på kommunens borgeres interesse i en mere central placering end Grenå af akutbilen på Djursland.

Aktuelt finder vi det nødvendigt at tage emnet op igen på baggrund af udmøntningen af regionens spareplaner på sygehusområdet, hvoraf vi forstår, at man fastslår den lægebemandede akutbils placering til Grenå.

I argumentationen herfor vil vi gerne fastholde, fra tidligere henvendelser, at der ved nedlæggelsen af sygehuset i Grenå som selvstændigt fungerende sygehus med akutfunktioner, var der på Djursland enighed om, at en akutbil/lægebil skulle være et afgørende element i det lægelige præhospitale beredskab på Djursland, for at nedbringe reaktionstiden for behandlingen af akut alvorligt syge og svært tilskadekomne.

Der var på Djursland og med det daværende Århus Amt bred enighed om, at akutbilen/lægebilen skulle være placeret i Grenå i dagtiden, og i Kolind aften

og nat. Dette for at opnå kortest mulig responstid til de fleste mennesker på Djursland.

I "Evaluering af lægebil og udrykningslæge på Djursland" fra MTV rapport, Århus Amt 10. august 2005, kan man i konklusionen (side 57) læse, at ved en logistisk beregning i forhold til hvor folk er bosat, er den optimale placering i Kolind. Det vil give den bedste dækning til hele Djursland, og ikke mindst sikre at områdets borgere stilles lige.

I betænkning fra "Det Midlertidige Udvalg vedrørende Sundhedsberedskabs- og Præhospitalplan" fra september 2009 i kapitel 7 stk. 3, kan man læse at " Beslutning om flytning af bilen fra Grenå til f. eks. Kolind eller Tirstrup beror på en afvejning af fordele og ulemper". Vi må forvente at køretider og afstande indgår i denne afvejning.

Vi har i Syddjurs Kommune stor respekt for, at regionen har behov for at reducere sit udgiftsniveau, men det er vores synspunkt, at det netop i den situation, hvor de akutte hospitalsbaserede beredskaber bliver færre og fjernere, skal sikres, at det lokale beredskab har det bedste udgangspunkt for at løse sine opgaver.

Syddjurs Kommune ønsker derfor på det kraftigste at påpege det nødvendige i, at der af regionen arbejdes hen imod den løsning, der samlet set stiller borgerne på Djursland bedst muligt, og sådan at alle kan forvente kortest mulige responstid og også samme korte responstid, det mener vi, jf. tidligere henvendelse, bedst sikres ved en placering i Kolind

Vi er klar over, at der ikke er lagt op til en egentlig høring, men vil forvente, at Syddjurs Kommunes synspunkter indgår i sagsfremlæggelsen og vægtes i beslutningen.

Vi vil se frem til at blive orienteret om evalueringens konklusioner og hvilke konsekvenser, der vil blive draget deraf.

Med venlig hilsen

Kirstine Bille
Borgmester

Ninna Thomsen
Udvalgsformand,
Sundhed, ældre- og socialudvalg

Bilag 5.7: Notat: Akutlægebilen på Djursland.

Akutlægebilen på Djursland

Aktivitet for perioden 1. januar 2011 – 31. december 2011

Akutlægebilen på Djursland er stationeret i forbindelse med Grenaa Sundhedshus.

I 2011 kørte akutlægebilen til 1.743 opgaver. I tabel 1 er aktiviteten for akutlægebilen på Djursland fordelt på postnumre. Kort over aktiviteten er vedlagt som bilag.

29 procent af opgaverne i 2011 var indenfor postnummer Grenaa (8500), mens 17 procent var indenfor postnummer Ebeltoft (8400).

I Tabel 1 er opgaverne desuden fordelt på dagtid (kl. 8-16) og øvrig tid (kl. 16-8). Ca. 60 procent af opgaverne er udenfor dagtiden.

Antallet af opgaver for akutlægebiler på Djursland er højere end det, der fremgår af Tabel 1. Et komplet billede af aktiviteten vil indebære, at antallet af opgaver for akutlægebilerne i Aarhus og Randers til postnumre på Djursland inddrages. Akutlægebilerne i Aarhus og Randers vil primært køre til den vestlige del af Djursland. Det hører altså med til historien, at borgerne i dette område må afvente hjælp længere væk fra, fordi akutlægebilen på Djursland er stationeret i Grenaa.

Tabel 1 Aktivitet for akutlægebilen på Djursland 2011 – fordelt på postnumre

	Antal opgaver i alt	Andel opgaver	Antal opgaver kl. 8-16	Antal opgaver kl. 16-8
Ukendt postnr.	11	1%	5	6
Karup J(7470)	1	0%	0	1
Århus C(8000)	1	0%	0	1
Århus N(8200)	1	0%	0	1
Viby J(8260)	1	0%	0	1
Tranbjerg J(8310)	1	0%	1	0
Ebeltoft(8400)	298	17%	128	170
Rønde(8410)	129	7%	59	70
Knebel(8420)	77	4%	35	42
Balle(8444)	16	1%	6	10
Galten(8464)	1	0%	0	1
Grenaa(8500)	508	29%	221	287
Hjortshøj(8530)	1	0%	0	1
Skødstrup(8541)	1	0%	0	1
Hornslet(8543)	40	2%	17	23
Mørke(8544)	34	2%	9	25
Ryomgård(8550)	69	4%	15	54
Kolind(8560)	67	4%	36	31
Trustrup(8570)	43	2%	17	26
Nimtofte(8581)	34	2%	14	20
Glesborg(8585)	85	5%	35	50
Ørum Djurs(8586)	28	2%	10	18
Langå(8870)	1	0%	0	1
Randers C(8900)	14	1%	2	12
Randers NV(8920)	13	1%	5	8
Randers NØ(8930)	19	1%	1	18
Randers SV(8940)	6	0%	4	2
Ørsted(8950)	66	4%	27	39
Randers SØ(8960)	30	2%	11	19
Allingåbro(8961)	70	4%	25	45
Auning(8963)	66	4%	20	46
Havndal(8970)	3	0%	1	2
Spentrup(8981)	2	0%	0	2
Gjerlev J(8983)	4	0%	2	2
Fårup(8990)	2	0%	1	1
I alt	1.743	100%	707	1.036

Geografisk fordeling af opgaver der er sendt til Grenå – Akutlægebil(314–750) i perioden 1/1 – 2011 til og med 31/12 – 2011.

